

Année 1955

457

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

CHATELLAIN Jean-Jacques

Interne des Hôpitaux du Maroc

Né le 1 Avril 1928 à Boulogne-Billancourt (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le

HISTOTHERAPIE

Effets thérapeutiques des implants placentaires
dans différents syndromes, spécialement dans les
affections vasculaires.

Président : Monsieur le Professeur MOUQUIN

Editions A.G.E.M.P.

STATE OF NEW YORK

and

IN SENATE

January 1, 1901

REPORT

(of the)

COMMISSIONERS

1899

ALBANY

PRINTED BY THE STATE

1901

1901

Nom du Candidat : CHATELLAIN

Prénom : Jean-Jacques

Date de soutenance :

N° d'ordre :

1

CHATELLAIN Jean-Jacques
Histothérapie.Effets thérapeutiques des implants placentaires dans différents syndromes, spécialement dans les affections vasculaires.
Paris dact. in-4° 60 pages
Thèse Med. PARIS 1955
N°
Ed. A.G.E.M.P.

2

CHATELLAIN Jean-Jacques
Histothérapie.Effets thérapeutiques des implants placentaires dans différents syndromes, spécialement dans les affections vasculaires.
Paris dact. in-4° 60 pages
Thèse Med. PARIS 1955
N°
Ed. A.G.E.M.P.

3

CHATELLAIN Jean-Jacques
Histothérapie.Effets thérapeutiques des implants placentaires dans différents syndromes, spécialement dans les affections vasculaires.
Paris dact. in-4° 60 pages
Thèse Med. PARIS 1955
N°
Ed. A.G.E.M.P.

4

CHATELLAIN Jean-Jacques
Histothérapie. Effets thérapeutiques des implants placentaires dans différents syndromes, spécialement dans les affections vasculaires.
Paris dact. in-4° 60 pages
Thèse Med. PARIS 1955
N°
Ed. A.G.E.M.P.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552212_0040

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1955

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

CHATELLAIN Jean-Jacques

Interne des Hôpitaux du Maroc

Né le 1 Avril 1928 à Boulogne-Billancourt (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le

HISTOTHERAPIE

Effets thérapeutiques des implants placentaires
dans différents syndromes, spécialement dans les
affections vasculaires.

Président : Monsieur le Professeur MOUQUIN

Editions A.G.E.M.P.



DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOIN, BRINDEAU, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, DELEET, GOUGEROT (H.), GUILLAIN, HARVIER, LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MULON, OLIVIER (E.), OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN..... Léon BINET.
(membre de l'Institut)

ASSESSEUR..... Jean VERNE.

I - PROFESSEURS

MM.

Anatomie.....	CORDIER (G.)
Anatomie Pathologique.....	DEJARUE (A.)
Bactériologie.....	GASTINEL (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	CHATEL-BERT (I.)
Biologie Médicale.....	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale.....	HUCUENIN (R.)
Carcinologie.....	OBERLING (C.)
Chimie médicale.....	N...
	(Hôtel-Dieu..... BROCCQ (P.)
Cliniques	{ Broussais..... DE GAUDART-D'ALLAINES (F.)
Chirurgicales	{ Salpêtrière..... MONDOR (H.)
	{ Cochin..... QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique ...	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de cardiologie	DONZELOT (E.)
Clinique de Chirurgie infantile et d'orthopédie	FEVRE (M.)
Clinique de Chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de Puériculture	LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DECOS (R.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses	COLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)
	{ Hôtel-Dieu
Cliniques	{ Bichat
médicales	{ Cochin
	{ Broussais
Clinique médicale d'Hydro-climatologie thérapeutique	JUSTIN-BESANCON (L.)
Clinique médicale propédeutique.....	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (L.)

	{ Tarnier	LANTUEJOL (P)
	{ Baudelocque	LEVY-SOLAL (B)
	{ Port-Royal	LACOMME (M)
Cliniques		VELTER (H)
obstétricales		AUBIN (A)
Clinique ophtalmologique		
Clinique oto-rhino-laryngologique		
Clinique physio-pathologique des problèmes		
alimentaires (chaire à titre personnel)		RICHET (C)
Clinique psychiatrique infantile		HEUYER (C)
Clinique rhumatologique et sociale		COSTE (F)
Clinique stomatologique		DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale		SENEQUE (J)
Clinique thérapeutique médicale		LEMAIRE (A)
Clinique urologique		FEY (B)
Embryologie		GIROUD (A)
Génétique		LAMY (M)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie		MOUQUIN (M)
Histologie		CHAMPY (C)
Hygiène et Clinique de première enfance		CATHALA (J)
Hygiène et médecine préventive		JOANNON (C)
Médecine du Travail		DESOLLE (H)
Médecine Légale		PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie et histoire naturelle médicale		GAILLARD (H)
Pathologie chirurgicale		MENEGAUX (G)
Pathologie exotique		LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée		LENEGRE (J)
Pathologie humorale et immunologique expérimentale		
(Chaire à titre personnel)		MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale		BARIETY (M)
Pathologie et thérapeutique générales		GARCIN (J)
Pédiatrie sociale		MARIE (J)
Pharmacologie et matière médicale		HAZARD (R)
Physico-Chimie médicale (Chaire à titre personnel) ..		DOGNON (A)
Physiologie		BINET (L)
Physique médicale		STROHL (A)
Radiologie médicale		DESGREZ (H)
Technique chirurgicale		MOULONGUET (P)
Thérapeutique		TURPIN (R)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE*

MAITRES DE CONFÉRENCES-AGREGES ET AGREGES

Anatomie	(DEBEYRE (J)
Anatomie Pathologique	(DELMAS (A) Pr.s.ch.
	(N...
	(GAUTHIER-VILLARS
	(Mlle P. Pr.s.ch.
	(BUSSER (F)
	(GOUYGOU C)
Bactériologie	(FASQUELLE (R)
	(NEVOT (A)
Biologie Médicale	BOURLIERE (F)
Chimie Médicale	(ETTORI (J) Pr.s.ch.
	(JAYLE (M.F.) Pr.s.ch.
	(SCHAPIRA (G)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (F)

Histologie	{ BULLIARD (H) Pr. s. ch. { COUJARD (R) { N ...
Hydrologie	DEBRAY (C)
Hygiène	{ BOYER (J) { DEPARIS (M)
Médecine Légale et du Travail	{ DIROBERT (L) { GAULTIER (M) { HADENGUE (A)
Neuro-Chirurgie	DAVID (M)
Neurologie	SEEZE (S. de)
Obstétrique	{ CRASSET (J) { LEPAGE (F) { MAYER (M) { MERCIER (R) { MORIN (P) { RAVINA (J) { VARANGOT (J)
Ophtalmologie	{ OFFRET (G) { DESVIGNES (P)
Orthopédie	JUDET (R)
Oto-Rhino-Laryngologie	{ HALPHEN (E) Pr.s.ch. { AUBRY (M) { MADURO (R) { BRUMPT (L) { CHABAUD (A)
Parasitologie	{ ABOLKBER (F) { BAUMANN (J) { GOSSET (J) { HUGUIER (J) { LAURENCE (G) { LEGER (L) { LORTAT-JACOB (J) { OLIVIER (Cl) { PADOVANI (P) { PCILLEUX (M) { ROUX (H) { RUDLER (J.C.) { VERNE (J.M.)
Pathologie chirurgicale	N...
Pathologie expérimentale	N...
Pathologie médicale	BERNARD J. { BOUDIN (G) { CASTAIGNE (P) { COMTE (M) { DECOURT (J) { DOMART (A) { DREYFUS (Gilbert) { FAUVERT (R) { HAMBURGER (J) { KOURILSKY (R) { LAMOTTE (M) { LAROCHE (C) { MILLIEZ (P) { PEQUIGNOT (H) { PERRAULT (M) { RAMBERT (P) { THIEFFRY (St) { TURIAF (J)

Pédiatrie	(JOSEPH (R) (TAMBLANE (R) (H...)
Pharmacologie	(LEVY (Mlle J.) Pr.s.ch. (CHEYMOL (J.H.) Pr.s.ch. (BARGETON (D) Pr.s.ch.
Physiologie	(PARROT (J.L.) (DJOURNO (A) Pr.s.ch.
Physique Médicale	(GOUGEROT (L)
Pncumo-Phtisiologie	KREIS (B)
Psychiâtrie	BARUK (H)
Psychiâtrie infantile	MICHAUX (L)
Stomatologie	(CERNEA (P) (CHAPUT (Mme A)
Thérapeutique	PERRAULT (chargé de l'enseignement)
Urologie	KUSS (R)

III - PROFESSEURS HONORAIRES
ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE
pour le Service des Examens.

MM. PRINDEAU (A) (Obstétrique), GATELLIER (J) (Clinique Chirurgicale),
LE LORIER V(Obstétrique), VAUDESCAL (R) (Obstétrique).

IV - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

	MM.
Clinique Chirurgicale	AMELINE (A) PATEL (J) SICARD (A)
Clinique Médicale	BROUET (G) CACHERA (R) HAGUENEAU (M) Pr.s.ch. MARCHAL (G) SOULIE (E)
Clinique Obstétricale	ECALLE (G)
Clinique Ophtalmologique	RENARD (G)
Clinique Urologique	COWVELAIRE (R)

	MM.
Secrétaire Général de la Faculté	MOREL (J)
Secrétaire	Mlle CHAINTEUIL (G)

Conservateur, chargé de la direction	Docteur HAHN (A)
Conservateur	Mlle GOICHON
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE (P), LE NOIR (G), METIN (F), QUIEVREUX (E).

Par délibération en date du 9 Déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma Femme

A mes Parents

A ma Famille

En toute affection.

A Monsieur le Professeur MOUQUIN

Officier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

A Monsieur le Docteur Jean STERNE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris
Médecin Assistant des Hôpitaux de Paris
Membre titulaire de la Société Française
de Cardiologie

Qui nous a inspiré cette thèse et
nous a guidé dans son élaboration.
En hommage de profonde reconnaissance
pour la bienveillance qu'il nous a
toujours accordée.

A Monsieur le Docteur Paul DROGUET

Médecin Assistant des Hôpitaux
Chef de Clinique à la Salpêtrière

A qui j'exprime ma gratitude
respectueuse et mon attachement.

A Messieurs les Docteurs P. DUTHU

Médecin-Chef de l'Hôpital Maurice Gaud
à Casablanca

et J. ROBY

Chirurgien-Chef de l'Hôpital Mauchamp
à Marrakech

Avec l'expression de ma
respectueuse reconnaissance.

Toute cellule vivante, animale ou végétale soumise à des conditions de vie défavorables donna naissance à des substances stimulatrices des processus biogéniques, les biostimulines ou stimulines biogènes, qui s'opposent à la mort tissulaire.

Filatov

- Chapitre I -

Historique et généralités

Les biostimulines

Les origines de la thérapie tissulaire remontent à l'année 1933 où Filatov, directeur de l'Institut expérimental d'Ophtalmologie à Odessa, qui étudiait alors les transplantations de cornée, remarqua "l'éclaircissement progressif d'un greffon opacifié, par des greffes limbiques non transfixiantes de cornée de cadavre conservée au froid."

Il déduisit de cette constatation que des tissus vivants soumis à une agression définie (tantôt le froid, tantôt l'obscurité) étaient capables d'être une source de principes biostimulants, excitant l'activité métabolique des tissus, favorisant les fonctions de nutrition et de régénération cellulaire.

Filatov expérimenta alors sur de nombreux tissus vivants.

Il préconisa l'implantation sous-cutanée ou sous-conjonctivale de fragments conservés de cornée, de peau, de rétine, voire même de végétaux (épines d'alves).

Depuis, les auteurs occidentaux ont repris la question en se bornant le plus souvent à expérimenter sur l'annios ou sur le placentas; cette glande serait en effet, aux dires mêmes des auteurs soviétiques la source la plus importante de principes actifs. Si les travaux sont nombreux, les conclusions sont fort contradictoires.

Méthode pleine d'avenir pour les uns, méthode fort décevante pour les autres.....

L'interprétation des résultats.

L'apparence contradictoire des résultats n'est pas due à une mauvaise expérimentation, à un manque d'objectivité scientifique.

Elle semble plutôt tenir:

- à la non spécificité de la méthode et au grand nombre d'indications valables
- à la variabilité des techniques employées.

- a) La non spécificité de la méthode a amené les auteurs à expérimenter sur un grand nombre de manifestations pathologiques.

De nombreuses disciplines furent amenées à utiliser l'implant: malheureusement très souvent ce fut en dernier ressort, après l'échec de nombreuses autres thérapeutiques, dans des cas parfois désespérés, où les lésions étaient irréversibles.

D'autres fois l'effet de l'implant se trouvait associé à celui d'autres traitements, d'où la difficulté de faire la discrimination.

- b) La variabilité des techniques employées a été grande.

Si les travaux se bornèrent surtout à l'étude de l'action biostimulante du placenta, la technique d'obtention de ces biostimulines s'écarta souvent de la méthode de Filatov.

Ce qui amena le professeur Delannoy dans sa conférence faite aux journées médicales des hôpitaux de Lille (23 Mai 1951) à conclure sagement "à la nécessité de suivre de plus près la technique de Filatov pour les tissus à implanter".

En outre il semble admis à l'heure actuelle que deux placentas, soumis à la même préparation, pouvaient avoir une action biostimulante fort différente. Ce qui pourrait peut-être expliquer en partie les résultats contradictoires obtenus chez un même malade traité à quelques semaines d'intervalle par un implant placentaire.

Pour terminer, il semble nécessaire d'insister sur l'abus de mots qui existe au sujet de la thérapie tissulaire. Celui qui veut expérimenter cette méthode doit s'astreindre à n'utiliser que des implants. Et en reprenant l'expression même de Filatov "il s'agit d'amener à l'organisme malade un tissu qui soumis à une agression a élaboré des principes biostimulants".

D'où la nécessité de recourir à l'implant et de ne pas faire entrer dans un bilan les résultats des expérimentations faites avec des poudres, des extraits, des suppositoires ou toute autre présentation placentaire non tissulaire.

La statistique présente, quoique modeste, est d'une tenue homogène.

Elle porte sur des observations personnelles extra hospitalières du Docteur Sterne et ont été soumises à l'interprétation du même observateur volontairement, aucune thérapeutique adjuvante n'a été associée aux implants, afin de...

...ne pas gêner l'interprétation des résultats.

Les observations ne répondant pas à ces conditions ont été volontairement écartées.

- Chapitre II -

Technique d'implantation. Incidents.

La technique d'implantation.

Dans tous les cas on a utilisé des implants à l'exclusion de tout autre produit.

L'implantation a été pratiquée après anesthésie intra dermique à la novocaïne (il ne faut pas en effet que l'anesthésique local vienne en contact de l'implant).

La seringue de Lallemand munie d'un trocart et d'un système à vis a été employée. Il n'a jamais été nécessaire de pratiquer une incision cutanée ou de poser une agrafe.

Après implantation le point d'injection est simplement protégé par une compresse stérile qu'on enlève quelques jours plus tard.

La technique est aussi simple que celle d'une piqure sous cutanée.

Les incidents.

Après implantation, se voient en règle dans les jours qui suivent. Ils sont bénins, mais il est préférable d'en avertir les malades.

Trois ordres de réactions peuvent se voir:

- réactions locales
- réactions focales
- réactions générales.

- a) Les réactions locales sont fréquentes. On doit s'attendre à les rencontrer dans les proportions d'une fois sur quatre environ.

Elles consistent essentiellement en douleurs plus ou moins vives au point d'implantation. La peau est chaude et congestive. Il existe un certain degré de gonflement par infiltration des tissus environnants.

Parfois ces phénomènes, au lieu de rétrocéder en quelques jours, aboutissent à l'élimination aseptique de l'implant, partiellement ou en totalité. Nous verrons que cette élimination de l'implant n'est pas incompatible avec une action thérapeutique efficace.

Par contre la formation d'un véritable abcès avec fluctuation et formation de pus ne doit pas se voir: elle traduirait une faute d'asepsie au cours de l'implantation.

- b) Les réactions focales sont loin d'être exceptionnelles. Elles apparaissent le plus souvent chez les malades à équilibre neuro-végétatif instable, sujets à des phénomènes d'allergie ou d'anaphylaxie. C'est ainsi qu'il n'est pas rare de voir un asthme ou un rhumatisme présenter une poussée évolutive, une exacerbation dans les jours qui suivent l'implant.
- Loin d'être une contrindication, ces phénomènes transitoires sont au contraire d'un bon pronostic quant à l'effet thérapeutique secondaire de l'implant.
- c) Les réactions générales. Rares, elles sont toujours minimes. Elles se bornent le plus souvent à un fébricule à 38° - 38°,5 pendant 1 ou 2 jours.

Les contradictions.

On peut dire qu'il n'y en a pas.

Si les indications se sont multipliées à l'infini, avec d'ailleurs des effets plus ou moins heureux, la bénignité de l'intervention, le caractère minime des incidents secondaires, l'âge avancé des malades qui ont bénéficié sans inconvénient de l'histothérapie, font que l'implantation peut être tentée toujours sans aucun danger.

- Chapitre III -

Les observations : Resultats globaux.

La statistique porte sur 68 observations¹⁾ groupant 114 implants.

Elles ont été classées comme suit :

A/ Artérites oblitérantes.

(séniles, préséniles, diabétiques)

28 observations groupant

42 implants.

B/ Angines de poitrine.

11 observations dont 6 associées à une artérite des membres inférieurs, groupant 18 implants.

C/ Troubles trophiques par lésions veineuses.

6 observations groupant 11 implants.

D/ Syndromes cochléo-vestibulaires

8 observations groupant 18 implants.

E/ Divers.

15 observations groupant 25 implants.

1) En réalité sur ces 68 observations, 6 ont été utilisées 2 fois : une première fois dans le chapitre des artérites oblitérantes, une seconde fois dans le chapitre des angines de poitrine.

Le nombre exact des observations dont nous disposons doit donc être ramené à 62.

Globalement, sur 68 personnes traitées :

45 bénéficient nettement de l'histothérapie, soit 66 %.

9 n'en tirent aucun bénéfice.

14 résultats restent ininterprétables.
(malades non revus ; malades récemment
implantés ; décès prématuré).

Sur 114 implants effectués :

77 eurent un effet thérapeutique indiscutable, soit 67 %.

12 n'amenèrent aucun résultat.

25 résultats restent ininterprétables.

Nous allons reprendre un par un ces différents paragraphes en essayant d'en tirer le maximum de données.

- Chapitre IV -

Les artérites oblitérantes.

Les résultats.

28 personnes (22 hommes et 6 femmes) atteints d'artérites des membres inférieurs furent traitées par les implants placentaires.

Leur âge était variable : 7 d'entre elles avaient moins de 50 ans (entre 35 et 50 ans) ; 7 autres avaient de 50 à 60 ans ; 10 avaient plus de 60 ans ; l'âge de 4 d'entre elles n'avait pas été noté.

- Sur ces 28 malades, 6 étaient diabétiques et 2 présentaient des phénomènes gangréneux des membres inférieurs ; 6 avaient des crises d'angor associées
- 18 reçurent un seul implant ; 6 bénéficièrent de 2 implants ; 4 malades en reçurent 3.

<u>Sur 28 observations</u>	(-18 malades bénéficièrent du traitement, soit 64 %. (-2 malades n'en tirèrent aucune amélioration. (-8 résultats restant ininterprétables.
----------------------------	---

42 implants furent faits :

31 furent suivis d'un résultat heureux,
soit 73 %.
3 n'amenèrent aucune amélioration.
8 ont un résultat ininterprétable.

Sur ces 31 implants suivis d'un résultat heureux,
-16 amenèrent une amélioration portant à la fois sur les signes fonctionnels et l'indice oscillométrique.
-6 n'amenèrent qu'une amélioration fonctionnelle.
-3 n'eurent qu'une faible influence sur l'indice oscillométrique.
-enfin 6 implants ne peuvent être classés l'indice oscillométrique n'ayant pas été relevé.

Les améliorations fonctionnelles.

L'effet heureux de la thérapie tissulaire se fait sentir sur un ou plusieurs symptômes.

Nous allons étudier successivement les améliorations portant sur :

- la claudication intermittente
- les douleurs persistantes (douleurs au repos - crampes du decubitus).
- les troubles trophiques
- l'état général.

a) Sur la claudication intermittente :

20 implants agirent :

- 5 implants eurent un résultat net
- 9 implants amenèrent une grosse amélioration
- 6 eurent un effet remarquable, amenant une récupération fonctionnelle voisine de la normale.

b) Sur les douleurs persistantes (repos - decubitus):

- 12 implants eurent un effet heureux.

Sur les 12 :

- 4 implants eurent un résultat indéniable
- 3 amenèrent une grosse amélioration
- 5 firent disparaître les douleurs.

c) Sur les troubles trophiques :

- Sur 4 observations (dont 2 gangrènes)
l'implantation amène la guérison totale des troubles trophiques.

d) Sur l'état général :

- 10 implants eurent une action favorable.
 - 6 d'une façon sensible
 - 4 transformèrent complètement l'état du sujet amenant une revigoration inespérée.

Ainsi, outre une action favorable sur l'état général, l'action thérapeutique porta d'une façon indiscutable :

- sur les troubles trophiques (résultats remarquables, 4 cas sur 4).
- sur la claudication (20 implants sur 42 soit approximativement 28 %).
- sur les douleurs (12 implants sur 42 soit approximativement 28 %).

L'indice oscillométrique.

De nombreux auteurs étudiant l'action des implants sur l'indice oscillométrique dans les artérites oblitérantes avaient conclu à l'absence de modification de celui-ci quelque soit le nombre d'implantations effectuées.

Certes si les oscillations ne subissent pas des modifications importantes, il semble cependant que l'action de l'histothérapie ne soit pas totalement nulle.

a) Variation de l'indice oscillométrique après chaque implant.

Pour l'étudier, nous nous sommes bornés d'une façon tout à fait arbitraire d'ailleurs, à ne retenir que l'augmentation maxima de l'indice oscillométrique après chaque implantation, quel que soit le siège où l'on puisse l'observer (fémorale, poplitée, tibiale postérieure, membre inférieur droit ou gauche).

Ce choix a priori, présente l'avantage de ne donner qu'un chiffre, qu'il est facile de manier dans une statistique.

C'est ainsi que sur 25 implantations où l'indice oscillométrique fut étudié,

6 implants n'eurent aucun effet sur l'indice oscillométrique

4 amenèrent une modification maxima de 0,5 divisions

9 amenèrent une modification de 1 division

2 amenèrent une modification maxima de 2 divisions

3 amenèrent une modification de 3 divisions

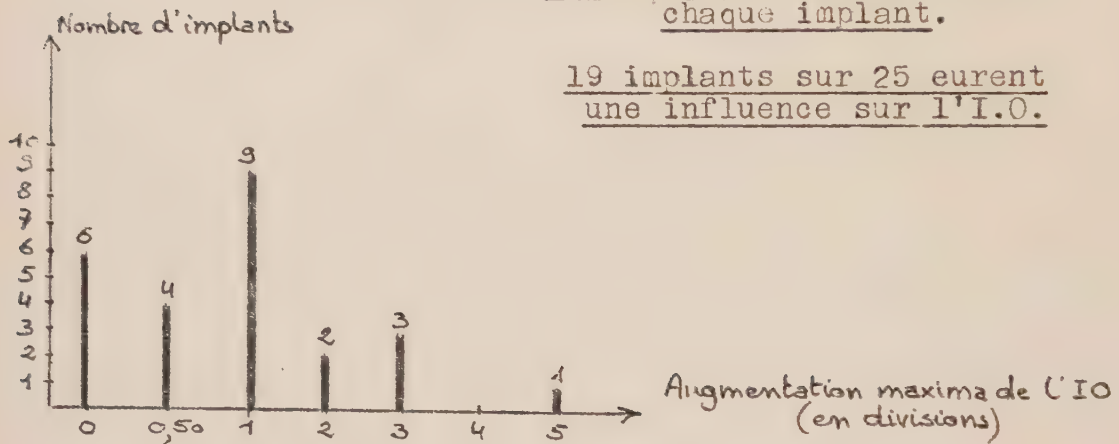
1 amena une modification maxima de 5 divisions

Ainsi sur 25 implants, 19 amenèrent une modification, quelquefois minime, mais certaine de la courbe oscillométrique.

Ces résultats peuvent se traduire sur ces 2 graphiques :

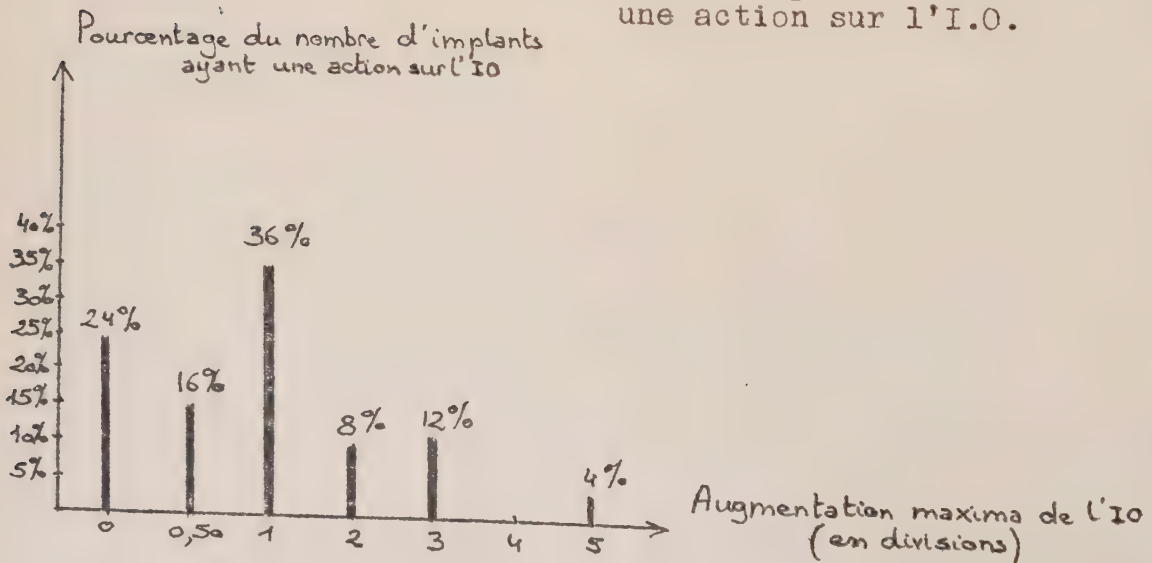
Variations de l'I.O. après chaque implant.

19 implants sur 25 eurent une influence sur l'I.O.



ce qui correspond aux pourcentages suivants :

76 % des implants eurent une action sur l'I.O.



b) Variations maxima de l'indice oscillométrique pour chaque individu traité.

Si au lieu de considérer les augmentations maxima de l'indice oscillométrique après chaque implant, nous nous attachons à déterminer l'augmentation maxima de l'indice pour chaque individu après les effets du traitement, quelque soit le nombre d'implants effectués, les résultats sont encore plus convaincants.

Sur les 18 observations ayant retiré un bénéfice du traitement,
14 possèdent un bilan oscillométrique.

On a pu observer sur ces 14 personnes :

- une augmentation maxima de l'indice oscillométrique de 0,5 division sur 2 cas
- une augmentation maxima d'une division sur 6 cas
- une augmentation maxima de 2 divisions sur 1 cas
- une augmentation maxima de 3 divisions sur 2 cas
- une augmentation maxima de 4 divisions sur 1 cas
- une augmentation maxima de 5 divisions sur 2 cas.

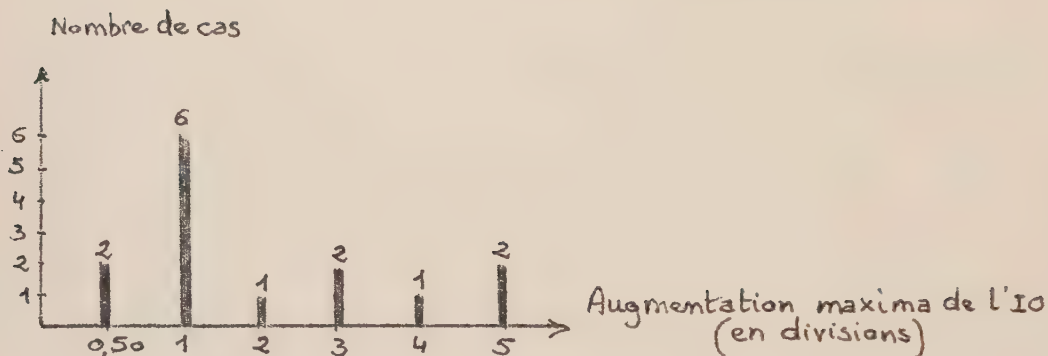
Tous les sujets traités présentèrent une modification positive de leur indice oscillométrique après traitement ;

- 6 cas sur 18 présentèrent une amélioration maxima d'au moins 2 divisions, soit 33 %.
- 2 personnes purent bénéficier d'une amélioration de 5 divisions, ce qui associé à une amélioration fonctionnelle remarquable, a permis à ces sujets de reprendre une vie normale.

Les résultats énumérés ci-dessus peuvent se traduire par le graphique suivant :

Variations de l'I.O. après
chaque traitement.

(sur 14 observations).



Les durées d'amélioration fonctionnelle.

Elles furent particulièrement difficiles à établir par suite du caractère subjectif des critères

- de la durée maxima de l'effet améliorant de l'implant écourtée par suite d'une nouvelle implantation
- de l'évolution favorable de nombreuses observations se poursuivant encore à l'heure actuelle.

Nous avons dû nous contenter des durées d'amélioration tangibles, ne correspondant pas obligatoirement aux durées d'amélioration optima.

a) Durées d'amélioration maxima en fonction des implants.

Rien n'est aussi variable que la durée des effets thérapeutiques des implants, aussi bien d'un sujet, à l'autre que chez un même sujet.

Les durées d'amélioration tangible de 28 implants se répartissent ainsi :

- 2 implants amenèrent une amélioration d'1 mois
- 4 implants amenèrent une amélioration de 3 mois
- 3 implants amenèrent une amélioration de 4 mois
- 4 implants amenèrent une amélioration de 6 mois
- 2 implants amenèrent une amélioration de 8 mois
- 7 implants amenèrent une amélioration d'1 an
- 4 implants amenèrent une amélioration de 18 mois
- 2 implants amenèrent une amélioration de 3 ans.

Il est à remarquer que 17 implants ont leur durée d'amélioration comprise entre 6 et 18 mois, et que, si l'on devait traduire graphiquement ces résultats on obtiendrait une courbe irrégulière certes, mais dont le point le plus élevé correspondrait à la durée d'amélioration d'1 an.

Ne pourrait-on pas considérer cette durée de 1 an comme une moyenne, d'autant plus que la réimplantation est responsable de durées d'amélioration particulièrement brèves.

(2 réimplantations ont été faites après un laps de temps de 2 mois,

5 après un laps de temps de 3 à 6 mois,

4 après un laps de temps de 6 à 11 mois).

b) Durées totales d'amélioration pour chaque individu.
(18 observations).

En envisageant la durée totale d'amélioration tangible pour chaque individu, on obtient les résultats suivants :

amélioration de moins de 6 mois : 1 sujet
amélioration de 6 mois : 4 sujets
amélioration de 9 mois : 2 sujets
amélioration de 1 an : 4 sujets
amélioration de 1,5 an : 4 sujets
amélioration de 2 ans : 1 sujet
amélioration de 4 ans : 2 sujets.

11 malades sur 18 (soit 60 %) eurent une amélioration tangible de 1 an ou plus. Certainement que pour nombre d'entre eux l'amélioration effective est encore plus grande.

Les effets de renforcement. Les manifestations d'épuisement.

Renforcement.

La répétition des implants a été préconisée par certains auteurs. L'expérience leur aurait montré en effet, soit un effet additionnel de ces implants sur les manifestations pathologiques, soit un résultat positif après plusieurs implantations sans résultat thérapeutique net.

Pour notre part, 5 observations nous montrent le bien fondé de ces constatations.

C'est ainsi qu'on a pu voir à une première implantation disparaître les troubles trophiques, avec persistance des autres symptômes de l'artérite oblitérante. Le 2° implant eut un résultat excellent sur la claudication intermittente. Quant au 3°, il amena la disparition des douleurs permettant au sujet de reprendre une activité normale.

Epuisement.

Par contre il convient de signaler la possibilité d'un effet opposé ; il existerait, semble-t-il, une sorte d'épuisement de l'effet thérapeutique de l'implant au cours des réimplantations.

3 observations peuvent en servir d'exemple :

c'est ainsi que l'on vit un premier implant amener une amélioration très nette des douleurs et de la claudication ; un second n'amena qu'une amélioration modeste de la marche ; quant au troisième, il ne fut suivi d'aucun résultat.

Il ne semble pas que cet effet d'épuisement soit du à la sénilité du sujet ou à un état pathologique désespéré. L'exemple que nous citons en fin de ce chapitre est l'observation d'un homme de 42 ans, chez qui le traitement a été entrepris le mois après le début de ses troubles.

Quelques exemples d'observations.

Nous nous sommes astreints pour illustrer ce chapitre à faire un choix des observations les plus démonstratives ou les plus intéressantes par leur originalité.

Les trois premières observations citées sont intéressantes par le caractère particulièrement net de l'effet thérapeutique de l'implant portant pour les deux premières essentiellement sur les signes fonctionnels, et pour la dernière sur l'indice oscillométrique.

1° observation

(observation n° 3).

Madame E... 74 ans.

Antécédents : soignée pour sclérose aortique (?).
r.a.s au point de vue rénal.

1) Vue pour la première fois en consultation le
2 Novembre 1951.

- Présente alors de nombreux troubles :
crampes dans la jambe - Dyspnée à la
montée des escaliers - Deficits transi-
toires de l'attention et de la mémoire -
Vertiges à certains moments - Insomnies -
On ne retrouve pas d'antécédents d'angine
de poitrine.
- L'examen révèle un léger oedème des mal-
léoles.
La T.A. est à 17 - 9. Le coeur est normal.
A la scopie : le coeur est petit, couché,
coiffé d'une aorte large et sombre.
- L'urée sanguine est à 0,45.
Le cholestérol sanguin à 1,90.
La glycémie à 1g,15.
- Un traitement mixte à base de Neriol,
Cortiode, Etaphylline - Phenobarbital
est institué. Il est d'un heureux effet.

2) Revue le 15 Novembre 1952.

- Vient de faire une periphlebite de la
jambe gauche. Se plaint de crampes dans
les mollets. Présente des céphalées te-
naces empêchant le sommeil malgré l'em-
ploi de gardénal.
- Le coeur est normal, les chevilles ne
sont pas enflées, la T.A. est à 18 - 9.
- L'indice oscillométrique est de 6 divisions
à gauche, de 10 divisions à droite.
- Traitée par lipiodol injectable et octen-
sanol intra-veineux. Bons résultats (plus
de céphalées, plus de crampes des membres
inférieurs à sa nouvelle consultation 1
mois plus tard).

3) Revue le 14 Janvier 1953.

Se plaint de nouveau de crampes dans les
jambes, plus marquées à la marche.
Coeur normal, T.A. : 19 - 10,5.
On prescrit de la neurinase pour lui faci-
liter le sommeil et l'on fait un
IMPLANT PLACENTAIRE.
=====

4) Revue le 5 Mai 1953. (soit 3 mois 1/2 après l'implant).
Ne présente plus aucune douleur des membres inférieurs. Marche parfaitement bien.
A repris une activité qu'elle avait perdue depuis plusieurs années. A retrouvé une vitalité remarquable. Se sent parfaitement bien.

5) Après plusieurs consultations est revue en dernier lieu le 28 Avril 1954.
A été opérée entre temps d'un néo du sein gauche. Depuis le 15 Janvier, n'a jamais eu à se plaindre de douleurs des membres inférieurs.
Marche tout à fait normalement.
Ne présente à l'heure actuelle qu'un léger oedème de l'avant bras et de la main gauche, séquelle de son intervention.
Le coeur est normal. La T.A. est à 15-10.
(Ainsi cette femme âgée de 74 ans a bénéficié
(indiscutablement de l'effet d'un implant pendant 16 mois et a vu disparaître complètement
(ses troubles fonctionnels.

2° observation.
(observation n° 10.).

Monsieur B... 64 ans.

Antécédents : Père décédé paralysé à 63 ans.

Crises de paludisme à 20 ans.

Pas de diabète.

Ne fume pas.

A accusé, il y a 5-6 mois, une violente douleur precordiale dans la rue avec sensation d'étouffement.

- 1) Vu pour la première fois le 21 Avril 1952.
- A eu depuis ces derniers temps trois petites crises d'angor d'effort.
accuse d'autre part des douleurs au niveau des membres inférieurs à la marche.

- A l'examen le coeur est normal - La T.A. est à 24-14.
Le foie, la rate sont normaux.
A la scopie : r.a.s. le coeur est plutôt petit.
- On pratique un électrocardiogramme.
- L'urée sanguine est à 0,34 - Le cholestérol sanguin à 2,21.
- Mis sous cortiade, octensanol, angoral.

2) Revu le 4 Juin 1952.

- A été un peu amélioré par le traitement. Se fatigue moins aux efforts. Peut monter les escaliers mais ne peut marcher vite. Ne se plaint plus de ses membres inférieurs.
- Le coeur est normal- La T.A. est à 22-12.
A la scopie : I.T.N.
- Mis sous octensanol, Kombe strophantus etaphyllum au phénobarbital.

3) Revu le 4 Juillet 1952.

- Présente toujours quelques douleurs précordiales d'effort. N'étouffe plus. Dort bien.
- Le coeur est normal, la T.A. est à 21,5-11,5.
- L'urée sanguine est à 0,37. Le cholestérol sanguin à 2,44.
- Traitement institué ; iodulane, cedilanide, neurinase.

4) Revu le 18 Octobre 1952.

- Va mieux; Les crises sont rares. Peut monter les escaliers. Accuse quelques vagues vertiges.
- Le coeur est normal. La T.A. est à 18-9,5.
La scopie montre un coeur normal avec une aorte déroulée.
- On pratique un électrocardiogramme qui, montre une atténuation des déformations électriques.
- On continue la cedilanide, qu'on doit interrompre ensuite pour intolérance.

5) Revu le 11 Février 1953.

- A de nouveau des crises d'angor à l'effort.
D'autre part, depuis quelque temps, présente une légère claudication intermittente.
Accuse des crampes gastriques calmées par les repas.
Est au point de vue psychique nettement déprimé.
- Le coeur est normal. La T.A. à 20,5-12.

- L'I.O. au mollet gauche est de 2,5 divisions.
- Le taux d'urée sanguine est à 0,50 ; le cholestérol sanguin est de 4,10.
- Un IMPLANT PLACENTAIRE est tenté

=====

le 13 Février 1953.

6) Revu le 24 Février 1953. (10 jours après l'implant).

Se sent beaucoup mieux. Marche à nouveau normalement.

Le coeur est normal. La T.A. est à 19-10,5.

L'I.O. au mollet gauche est de 2 divisions.
Aucun traitement.

7) Revu le 4 Mai 1953.

Va très bien. Marche absolument normalement.

N'a pas eu de crises d'angor depuis son implant. N'est plus déprimé.

La T.A. est à 18-9.

On fait de nouveau une IMPLANTATION.

8) Revu le 3 Juillet 1953.

Se sent bien. N'accuse aucun trouble des membres inférieurs. A eu une fois une douleur angineuse calmée par natorose.

Le coeur présente quelques extra systoles.

La T.A. est à 23-13.

L'I.O. est au mollet gauche de 3 divisions.

au mollet droit de 6 divisions.

Le taux d'urée sanguine est de 0,55. Le cholestérol sanguin est à 3.

Mis sous scillarène-neurinase.

9) Revu le 6 août 1953.

- Depuis quelques jours, se plaint de douleurs dans les jambes au réveil disparaissant par la suite.

Marche très bien. N'a plus de douleurs angineuses. Accuse quelques brûlures en urinant.

- Le coeur est régulier. La T.A. est à 21,5-11.

A grossi d'1 kg 1/2 en 2 mois.

- L'I.O. est à la cheville gauche de 1,5 divisions.

à la cheville droite de 5 divisions.

- Le taux d'urée sanguine est à 0,50. Le cholestérol est à 2,80.

- Essai de traitement au larga

10) Revu le 8 Octobre 1953.

Ne présente aucun trouble. Va parfaitement bien. A grossi d'1 kg depuis sa dernière visite. Aucun traitement.

11) Revu le 30 Novembre 1953.

- Présente depuis quelques jours une douleur permanente du membre inférieur gauche la nuit. N'a pas de claudication intermittente.
- Le coeur est normal. La T.A. est à 21-12. A la scopie le ventricule gauche est un peu rond.
- L'I.O. à la cheville gauche est de 2 divisions.
- Mis sous cedilanide, peridil.

12) Revu le 19 Janvier 1954.

Présente de nouveau de la claudication intermittente et des crises d'angor d'effort. Le coeur est normal. La T.A. est à 22,5-12. L'I.O. à la cheville gauche est de 2 divisions. Le taux d'urée sanguine est à 0,35, le cholestérol à 3,25. On essaie l'action du phenergan, de la cedilanide, de la nemrinase.

Le malade n'apas été revu depuis ce jour.

Ainsi 2 implants ont amené dans les jours qui suivirent la première implantation une disparition quasi totale des crises d'angor et de la claudication intermittente pendant 10 mois environ.

L'action d'un troisième implant n'a pu être tentée le malade n'ayant pas été revu.

3° observation.

(observation n°4).

Monsieur L... 48 ans.

Antécédents : Père décédé d'angine de poitrine à l'âge de 60 ans.
Mère bien portante âgée de 81 ans.
A l'âge de 16 ans, a présenté de l'éréthisme cardiaque.
Rien d'autre à signaler.

1) Vu pour la première fois le 26 Mai 1950.

- Présente depuis 6 mois une sensation de fatigue dans la jambe droite, calmée par le repos.
N'a pas de douleurs véritables.
Emotif, anxieux, et contrarié facilement.
- A l'examen clinique : le coeur est normal.
La T.A. est à 15-10. Le foie et la rate sont normaux.
Les réflexes tendineux sont vifs.
A la scopie : I.T.N.
- L'indice oscillométrique est à gauche de 6 oscillations à la cheville ;
à droite de 3 oscillations à la cheville.
- L'urée sanguine est à 0,50 ; le cholestérol à 3,27. La glycémie à 0,96. Le B.W. est négatif.
- Avait été traité déjà sans succès appréciable par dilvasène, impantine, dycholium, priscol.
- On pratique un IMPLANT.

=====

2) Revu le 27 Avril 1953.

- A fait un infarctus du myocarde entre temps, et a été mis au Tromexane.
Va bien. présente encore parfois quelques douleurs précordiales.
Ne travaille pas. Ne fume pas. Mange sans sel.
- Le coeur est normal. La T.A. est à 13-8.
 - Image thoracique normale.
 - L'indice oscillométrique est à la cheville de 11 divisions à gauche,
de 4 divisions à droite.
 - Un électrocardiogramme est pratiqué.
 - (Aspect cicatriciel d'ischémie postéro-inférieure).
 - On continue le tromexane sous surveillance du taux de prothrombine (30, 50, puis 75 %).
qu'on associe au phenergan et au cyclospas mol. On conseille une cure à Evian.

3) On refait un IMPLANT au début de l'année 1954,

=====

qui est éliminé dans les jours qui suivent.

Revu quelques semaines après le 28 Avril 1954.

Se sent beaucoup mieux au point de vue état général.

L'action favorable sur les troubles de la marche s'est maintenue.

- Le coeur est normal. La T.A. est à 16-8
- L'image thoracique est normale
- L'I.O. pris au mollet est de 10 à gauche
de 4 à droite

N'a pas été revu depuis

Ainsi si l'amélioration fonctionnelle n'a pas été tellement spectaculaire par contre les modifications de l'I.O. ont été particulièrement importantes pendant plusieurs années

- Voici maintenant 2 observations illustrant particulièrement bien, la première, les effets de renforcement de l'implantation, la seconde, les manifestations d'épuisement dont il a déjà été parlé:

4° observation.

(observation n°12).

Monsieur B... 75 ans.

Antécédents : Depuis 4 ans, claudication intermittente de plus en plus marquée

A été traité successivement par nicyl, solurutine, lipiodol, suspension d'ovocycline cristallisée avec plus ou moins de sucres

1)

Vu le 23 Janvier 1953

- Si la claudication intermittente est moins marquée qu'avant, il reste cependant extrêmement gêné à la marche rapide

- Le coeur est normal avec cependant un petit 3° bruit. La T.A. est à 15-8; L'image thoracique est normale.
 - Des examens de laboratoire faits 1 mois auparavant étaient les suivants :
 - pas de sucre
 - présence d'albumine : 2g,15.
 - culot avec de nombreuses hématies.
 - l'urée sanguine est à 0,39
 - la glycémie est à 0,92
 - le cholestérol sanguin est à 1,98.
 - L'I.O. est à la cheville gauche de 1 division, nul à la droite.
 - au creux poplité gauche : 2 divisions,
 - à droite, I.O. nul.
 - On fait un IMPLANT. Aucun autre traitement.
- =====
- 2) Revu le 27 Février 1953. (1 mois après l'implant).
 - Nettement amélioré. Marche normalement, "sauf dit-il, dans les champs labourés", où il claudique encore.
 - Le coeur est normal. La T.A. est à 12,5-7.
- 3) Revu le 20 Mars 1953.
 - Continue de s'améliorer. Marche mais à condition de ne pas forcer l'allure.
 - Pas d'albumine dans les urines.
 - On pratique un deuxième IMPLANT.

=====
- 4) Revu le 15 Mai 1953.
 - Va très bien. Marche toute la journée sans fatigue. Ne claudique plus du tout. Court quand il lui plaît. Se sent très tonique.
 - Le coeur est normal. La T.A. est à 14-9.
 - L'I.O. est au mollet gauche de 1,5 ; au droit de 0,5.
 - Mis sous nicyl, iodulanc.
- 5) Revu le 15 Octobre 1953.
 - Marche toujours bien. Présente de temps à autre une certaine gêne quand il se presse trop. Considère cependant qu'il continue à s'améliorer.
 - Le coeur est normal. La T.A. est à 16-8.
 - L'I.O. est au mollet gauche de 2, au droit de 1.
 - Mis sous frubiose vitamine P., priscol, cyclospasmol.
- 6) Revu le 5 Mai 1954.
 - Va moins bien. Est arrêté dans sa marche par une douleur dans les cuisses.
 - D'autre part a maigri, se sent fatigué.

- Le coeur est normal. La T.A. est à 16,5-9.
 - L'I.O. est au creux poplité gauche de 2 ;
nul à droite.
 - On lui conseille une cure à Royat.
- La visite suivante faite en Septembre 1954 montre la réapparition de la claudication intermittente au niveau du membre inférieur droit.
- N'a plus été revu ensuite.

Ainsi les 2 implants ont eu une action cumulative sur les troubles de la marche, permettant au sujet de marcher d'abord sans forcer, normalement, puis de reprendre une activité absolument normale pendant 1 an environ.

A noter le non parallélisme entre l'amélioration fonctionnelle et l'I.O.

5° observation.

(observation n°7).

Monsieur A... 42 ans.

- 1) Vu pour la première fois le 2 Septembre 1950.
- Se plaint depuis 4 mois de troubles circulatoires des membres inférieurs. (Les extrémités sont froides, pâles).
- Présente une claudication intermittente marquée l'obligeant à s'arrêter tous les 80 mètres environ. N'accuse pas de douleurs de decubitus.
- D'autre part, a présenté il y a 2 mois une violente douleur précordiale nocturne avec engourdissement des 2 bras. Depuis a des crises typiques d'angor à l'effort très fréquentes calmées par la trinitrine.
- Le coeur est normal. La T.A. est à 14,5-9.
- Une artériographie faite il y a quelques semaines s'avère illisible.
- A la scopie, petit coeur avec aorte normale.
- L'I.O. est à la cheville gauche de 4, à droite nul.
- Un électrocardiogramme est fait :
 - L'urée sanguine est à 0,34. La glycémie à 0,98.
 - On pratique un IMPLANT. Aucun autre traitement.

一一一

2) Revu le 23 Octobre 1950.

- Le soir même de l'implant a eu l'impression dit-il "que ça se remettait à circuler".
- Depuis les crises d'angor se sont très espacées. Il se sent beaucoup mieux, beaucoup plus "fort". Il a grossi de plusieurs kilogs.
- Par contre ne marche pas beaucoup mieux.
- La T.A. est à 14-8.

3) Revu le 17 Novembre 1950.

- Va bien, marche beaucoup mieux.
- N'a plus de crises angineuses.

4) Revu le 17 Février 1951.

- Très amélioré, a repris son travail (garçon de café). Marche normalement, cependant s'il fait froid ou s'il marche beaucoup, apparition parfois de petites crises d'angor.
- Le coeur est normal. La T.A. est à 13-9.
- L'I.O. est à la cheville gauche de 7 ;
à la cheville droite de 0,5.
- Un électrocardiogramme se révèle absolument normal.

5) Revu le 19 Mars 1951.

- Va mal à nouveau. Claudique de nouveau d'une façon importante.
- 2° IMPLANT. (Aucun autre traitement).
- =====

6) Revu le 27 Juin 1951.

- A été de nouveau amélioré. A repris son travail à nouveau. Marche bien. Pas d'angor. Présente un oedème du pied et du genou gauche (mais existence de varices).
- A l'examen les pieds sont chauds.
- Le coeur est normal. La T.A. est à 13-8.
- L'I.O. est le suivant : cheville gauche 7
cheville droite 0.
- Mis sous cortiode.

7) Revu le 2 Juin 1953.

- Ne fume plus du tout. Ne présente plus de crises d'angor.
- Mais depuis quelques jours se plaint de crampes dans les pieds à la fin de la journée. (Reste 12 heures debout).
- Le coeur est normal. La T.A. est à 15-10.
- Varices des 2 membres inférieurs. Les jambes sont chaudes mais enflées.

- L'I.O. est à la cheville gauche de 9,
à la droite de 1.
- Traitement : intrait de marron d'inde à fortes doses.

8) Revu le 8 Février 1954.

- Depuis 3 mois est très gêné par sa jambe droite. Claudication intermittente tous les 50 mètres. Par contre très peu de crises d'angor. Ne fume pas, mais boit un peu.
 - Le coeur est normal. La T.A. est à 16-9.
 - L'I.O. est à la cheville gauche de 8, à la droite de 2.
 - On fait un 3° IMPLANT.
- =====

9) Revu le 18 Mai 1954. (3 mois après l'implant).

- Le dernier implant, n'a amené aucune amélioration des troubles de la marche. Les crises d'angor se font de nouveau plus fréquentes.
- Le coeur est normal. La T.A. est à 14,5-9,5. Les jambes sont toujours enflées avec grosses varices.
- L'I.O. est à la cheville gauche de 3, à la droite de 1.

N'a pas été revu depuis.

Ainsi : le 1° implant a eu un effet immédiat remarquable sur les crises d'angor, retardé sur la claudication intermittente, le second a renforcé l'action du premier, agissant surtout sur la claudication, quant au 3°, 3 mois après l'implantation son action s'averait nulle.

- Pour terminer nous citerons 3 observations intéressantes par leur originalité et par le résultat excellent apporté par le traitement.

La 1° est celle d'un sujet atteint d'artérite oblitérante présentant des troubles trophiques importants du membre inférieur droit, la seconde est celle d'un diabétique atteint de gangrène humide du membre inférieur gauche, la troisième est celle d'un médecin militaire présentant des troubles trophiques graves avec douleurs atroces après gelure des 2 pieds pendant la dernière guerre.

6° observation.

(observation n°25).

Monsieur F... 68 ans.

- Antécédents : artérite coronarienne avec E.C.G. caractéristique.
A fait il y a quelques mois une hémiplegie droite qui a rétro-cédé en partie.

1) Vu en Mars 1954.

Présente une artérite des membres inférieurs avec claudication intermittente.

Les oscillations ne sont pas notées.

A vu apparaître en Janvier 1954 sur le membre inférieur droit des maux perforants, atones, douloureux avec oedème et peau luisante.

- Un traitement antérieur à base de nicyl, peridil, iode, les soins locaux n'avaient amené aucun résultat.

2) Un IMPLANT est fait en Avril 1954.

=====

On assiste à une stabilisation, puis à une réduction des ulcérations qui ne se cicatrisent pourtant pas complètement.

Au bout de 3 mois les douleurs ont complètement disparu.

3) Revu en Janvier 1955.

Les douleurs ne sont pas revenues, mais l'évolution défavorable des lésions a repris : il existe de nombreuses plaies infectées, fétides sur le membre inférieur droit.

- Un nouvel implant va être pratiqué.

7° observation.
(observation n°26).

Monsieur P... 55 ans.

- 1) Vu pour la première fois en Mars 1951.
- Raconte que depuis 2 ans environ il, présentait de la claudication intermittente.
 - On vient de lui découvrir un diabète après gangrène humide pour ongle incarné.
A l'heure actuelle son pied gauche est rouge, douloureux, tuméfié.
Il existe des trainées lymphatiques jusqu'au genou ; une fistule sur le dos du pied donne issue à du liquide sanieux.
Il semble que l'amputation soit nécessaire.
Mais le sujet s'y refuse.
 - On le met alors sous penicilline à haute dose.
On fait 30 unités d'insuline par jour qu'on associe au régime.
 - On fait un IMPLANT.

=====

En 1 mois on obtient une cicatrisation complète sans aucune perte de substance.

- 2) Un mois après , on refait un IMPLANT.

=====

On assiste à la disparition totale de la claudication intermittente.

- 3) En Novembre 1951 ;

Apparition d'un mal perforant.
On a recours à un 3° IMPLANT.

=====

On assiste en quelques semaines à la disparition du mal perforant.

- 4) A l'heure actuelle, le sujet n'a jamais eu d'autres troubles. Il suit son régime.
La guérison apparente existe depuis plus de 3 ans.

8° observation.

(observation n°22). Il s'agit ici, semble-t-il, non d'une artérite vraie, mais plutôt d'une artériolite.

Monsieur A... 47 ans.

1) Vu en Avril 1953.

A eu les pieds gelés à la dernière guerre.

Conserve des troubles trophiques.

Présente un oedème des pieds à la station debout prolongée. D'autre part accuse de vives douleurs lorsqu'il fait froid.

Depuis quelque temps aggravation de la symptomatologie douloureuse. Les douleurs sont de plus en plus fortes faisant de la marche un supplice. Doit s'arrêter tous les 20 mètres.

- A eu sans succès de nombreux traitements : nicyl, priscol, infiltrations lombaires.
- Il existe des petites taches rouges sur le dos des orteils. L'I.O. est normal aux 2 membres.
- On fait un IMPLANT. (Il convient de noter ici

=====

que celui-ci a été très mal supporté, il amena une réaction locale très importante qui aboutit à son élimination partielle).

2) Malgré l'élimination partielle de l'implant, les résultats ont été remarquables.

L'amélioration fut totale dans les semaines qui suivirent, l'oedème disparut, les taches s'effacèrent, la marche redevint facile.

- Depuis 1 an 1/2 le sujet a retrouvé une activité normale et ne présente plus aucun trouble.

- Chapitre V -

Les angines de poitrine.

Résultats.

- 1) 11 personnes (10 hommes et 1 femme) atteintes d'angine de poitrine ont été traitées par l'histothérapie placentaire.

6 d'entre elles associèrent à ce syndrome une artérite des membres inférieurs.

Sur ces 11, 7 personnes furent améliorées nettement,

1 personne n'accusa aucune amélioration,

3 résultats sont ininterprétables.

(dont un cas décédé le lendemain de son implant ; ses crises étaient subintrantes).

Il faut noter à cette occasion que l'effet heureux de la thérapeutique s'est fait surtout sentir chez les sujets qui présentaient à la fois des crises d'angor et un syndrome d'artérite des membres inférieurs.

- 2) Ces 11 observations groupent 18 implants.

Sur ces 18 implants,

10 furent nettement améliorants,

(dont 5 d'une façon particulièrement démonstrative, les crises diminuant en intensité, en durée et en fréquence),

3 n'eurent aucun effet heureux sur l'angor, (mais agirent par contre sur certains troubles associés : revigoration nette, reprise de poids, diminution de l'anxiété, action sur un rhumatisme associé),

5 résultats restent ininterprétables.

Ainsi plus de 50 % des implants ont été suivis d'un résultat positif ; il semble cependant qu'à l'exception de quelques cas particulièrement heureux, les résultats soient moins probants que pour les artérites oblitérantes.

La durée de l'effet thérapeutique est très variable d'un sujet à l'autre et d'un implant à l'autre.

Il est difficile de faire une moyenne devant le petit nombre d'observations.

On peut approximativement donner une durée moyenne d'amélioration de 6 mois par observation, ce qui n'empêche pas que quelques sujets ont vu leurs crises disparaître presque totalement depuis plusieurs années.

Quelques exemples d'observations.

Aux observations seconde (obs. n°10) et cinquième (obs. n°7) déjà citées dans le chapitre des artérites oblitérantes, où l'histothérapie avait eu un résultat sur les troubles artéritiques et sur les manifestations angineuses, nous ajouterons :

- l'observation d'un sujet présentant l'associant des 2 syndromes artéritiques et angineux,
- l'observation d'un sujet ne présentant que des manifestations angineuses et où les résultats heureux ont été transitoires,
- l'observation d'un sujet aux crises subintrantes pour lequel l'implantation a été malheureusement suivie d'un exitus le surlendemain.

1^o observation.

(observation n°17, artérites oblitérantes).

Monsieur M... (âge non cité).

Antécédents : Père traité pour artérite oblitérante des membres inférieurs.

Lui est bronchitique chronique.
Fume beaucoup. Boit beaucoup de café.

1) Vu pour la première fois le 23 Janvier 1952.

- Il y a une semaine, après le repas, a présenté une douleur brutale au niveau du sein gauche, irradiant vers le haut du thorax mais non vers le bras gauche. Cette douleur a persisté pendant 4 ou 5 minutes. D'autre part depuis quelque temps, en marchant après les repas surtout présente des phénomènes de claudication intermittente : est obligé de s'arrêter tous les 250 mètres environ.
- Le coeur est normal. La T.A. est à 12-8.
 - Un électrocardiogramme est fait.
 - Mis sous tromexane.

2) Revu le 8 Décembre 1952.

- Va mieux. Ne présente que de tous petits malaises d'effort. Claudique encore un peu.
- Le coeur est normal. La T.A. est à 12,5-7.
- A la scopie : I.T.N.
- L'indice oscillométrique est à la cheville
 - de 7 à gauche
 - de 4 à droite.
- Un électrocardiogramme s'avère normal.
- Aucun traitement.

3) Revu le 24 Mars 1953.

- Se sent de nouveau très gêné à la marche. D'autre part malaises précordiaux à l'effort nettement plus fréquents. L'examen physique ne montre rien d'anormal.
- On pratique un IMPLANT.
- =====

4) Revu le 15 Mai 1953.

- N'a plus aucun malaise à l'effort. Se sent en excellent état. Souffre encore un peu de ses jambes à la marche prolongée.
- L'I.O. est à la cheville : de 5 à gauche
 - de 4 à droite.
 - Mis sous nicyl et becozyme fort.

5) Revu le 1^{er} Février 1954.

- Depuis quelques jours, réapparition lors de la marche même lente de gêne précordiale calmée instantanément par la scillitrine. Souffre aussi de sa jambe gauche.
- Le coeur est normal. Les réflexes tendineux sont vifs. La T.A. est à 14-9.
 - A la scopie le ventricule droit est nettement bombé.
 - Un électrocardiogramme montre : S T 2 un peu diminué axe tourné vers la gauche.

- On essaie successivement cedilanide, salisuccyl, peridil.
- Puis on l'envoie faire une cure à Royat.
(Août - Septembre 54).

6) Revu le 13 Octobre 1954.

Marche beaucoup mieux ; n'a plus d'angor.

7) Revu le 14 Décembre 1954.

Va très bien.

Le coeur est normal ; la T.A. est à 15-9.

L'I.O. est le suivant : à la cheville gauche 3.
à la cheville droite 4.

Ainsi un seul implant eut-il une action indiscutable sur les troubles artéritiques et sur les malaises précordiaux pendant plus de 10 mois.

2° observation.

(observation n°2).

Monsieur F... (âge non cité).

Traité depuis plusieurs années pour crises d'angine d'effort et de decubitus très fréquents.

Une cure à Royat n'avait amené aucun résultat.

Etait traité ces derniers temps par Kelline, inophylline strophantique, dacorène.

1) Revu le 28 Avril 1953.

Dès que cesse Dacorène, apparition de crises subintrantes. Très anxieux, très énervé.

- Le coeur est normal. La T.A. est à 16-9.
- A la scopie : le coeur est vertical ; l'aorte déroulée mais pas très sombre.
- Un électrocardiogramme avait été fait l'année précédente.
- On fait un IMPLANT.

=====

- On prescrit aussi de la neurinase pour aider le sommeil.

2) Revu le 2 Juillet 1953.

Va nettement mieux ; les crises ont diminué en fréquence et en intensité.

Se plaint depuis 15 jours de névralgies du trijumeau à gauche avec élancements très douloureux.

- L'examen du cœur révèle un petit souffle systolique.

- On pratique un 2° IMPLANT.

=====

3) Revu le 18 Juin 1954.

Les crises ont diminué de fréquence dans la proportion de 25 %. Elles sont moins fortes.

L'anxiété du sujet est beaucoup moins marquée.

Il est cependant obligé de continuer à prendre du dacrène et de la théophylline.

A noter un très bon résultat sur l'état général.

L'examen montre toujours l'existence d'un petit souffle en jet de vapeur endocardique.

La T.A. est à 16-9. L'image thoracique est normale.

Ainsi 2 implants ont amené une diminution sensible de la fréquence des crises pendant plus d'un an, le sujet n'ayant pas été revu depuis cette dernière consultation.

3° observation.

(observation n°11, artérites oblitérantes).

Monsieur Z... 44 ans.

Il s'agit d'un sujet atteint d'artérite oblitérante des membres inférieurs depuis plusieurs années.

Aux troubles s'est ajouté depuis un an environ des douleurs précordiales après les repas, aux efforts (bicyclette).

Enfin à noter en Septembre 1952 l'existence de crises quotidiennes intenses et de malaises importants lors d'un séjour à Ifrane où il ne peut rester.

Ne fume plus. Ne boit plus.

1) Vu le 13 Décembre 1952.

Se plaint depuis qq. jours de douleurs constrictives irradiant aux épaules et à l'abdomen et durant 10 minutes environ.

Ces douleurs ne sont pas influencées par l'effort apparaissant même au repos absolu.

- Le coeur est normal. La T.A. est à 13-8.

L'abdomen est souple. Les réflexes tendineux sont normaux.

I.T.N. à la scopie.

- L'I.O. est à la cheville de 3 à gauche, de 7 à droite.

- Le B.W. est négatif.

La vitesse de sédimentation globulaire est de 6mm et de 18 mm.

- Le cholestérol sanguin est à 2,84.

- Traces d'albumine dans les urines. Pas de sucre.

Pas de cylindres au culot de centrifugation.

Le taux de prothrombine est à 97 %.

Malgré la quantité impressionnante de thérapeutiques variées reçues auparavant sans résultat, on le met sous cortiode et dacorène.

2) Revu le 28 Janvier 1953.

Le traitement institué n'a amené aucune amélioration. Actuellement explosion de crises dès qu'il mange ou qu'il se couche. Anxiété extrême.

A plus de 25 crises par jour. Est obligé de prendre 25 dragées de natérose par jour pour les calmer.

- Ne présente aucune dyspnée.

- L'examen du coeur ne révèle rien d'anormal.

La T.A. est à 12-9. I.T.N.

- On fait une infiltration stellaire à la novocaïne, on le met sous multergan.

- Un IMPLANT est tenté dans les jours qui suivent.

=====

Deux jours après, décès subit du malade au cours d'une crise.

Aucune amélioration n'avait pu être notée entre temps.

Ainsi ce cas désespéré, aux crises subintrantes, n'a pas bénéficié de l'histothérapie. En aurait-il été de même si cette thérapeutique avait été plus précocement instituée.

- Chapitre VI -

Affections veineuses.

Résultats.

- 1) 6 personnes ont été traitées par l'histothérapie.
(4 femmes et 2 hommes).

3 présentaient des séquelles de phlébite,
2 aux membres inférieurs
1 aux membres supérieurs.

1 fit une périphlébite de la jambe gauche,
2 jeunes femmes étaient atteintes de varices importantes des membres inférieurs avec troubles trophiques sévères.

5 sujets bénéficièrent du traitement.

C'est ainsi que disparurent ou s'améliorèrent
les ulcérations
les oedèmes, la pigmentation
les douleurs
les troubles cutanés surajoutés
(eczéma, lésions de grattage).

Le dernier cas ne bénéficie pas d'un recul assez grand pour pouvoir être interpréter.

- 2) 11 implants furent faits.

8 furent suivis d'un résultat heureux
3 résultats restent ininterprétables.

Quelques observations.

Voici 3 observations :

- la première est celle d'une femme de 32 ans qui présentait des troubles fonctionnels importants de la circulation de retour, au niveau des membres inférieurs,

- la seconde est celle d'un homme de 32 ans également, conservant les séquelles d'une phlébite du membre inférieur gauche remontant à plusieurs années.
- la troisième enfin présente un intérêt indiscutable dans le fait que le 2° implant éliminé presque totalement a néanmoins amené une amélioration importante.

1° observation.

(observation n°6).

Madame C... 32 ans.

1) Vue en Juillet 1953.

Cette jeune femme présente depuis quelques années une insuffisance veineuse des membres inférieurs, apparue après 4 grossesses successives. Les jambes sont lourdes et douloureuses. La marche est très difficile; la station debout pendant un certain temps est impossible. Les varices sont peu importantes; il n'y a pas d'œdème. Donc insuffisance essentiellement fonctionnelle gênant la marche et la station debout. A été traitée sans succès par hamamélis marron d'Inde. Une cure à Bagnoles de l'Orne n'a pas été suivie des résultats escomptés. On pratique un IMPLANT.

=====

2) 3 semaines après les résultats étaient remarquables.

La station debout était possible, la marche n'était plus gênée, la marche rapide se révélait facile. La jeune femme avait repris une activité normale.

3) Revue 1 an plus tard : l'amélioration persiste.

Ainsi 1 seul implant a amené une amélioration fonctionnelle remarquable, qui a permis au sujet de reprendre une activité sociale normale et qui a duré au moins une année.

2° observation.

(observation n°5)

Monsieur C... 32 ans.

1) Vu pour la première fois le 20 Décembre 1952.

Opéré en 1940 d'appendicite négligée avec péritonite secondaire.

Fait 3 semaines après une phlébite du membre inférieur gauche.

Depuis 12 ans, présente un oedème vespéral de la jambe gauche. Signale d'autre part la fréquence d'ecchymoses au niveau de la cheville gauche qui mettent un certain temps à disparaître.

Douleur à la marche.

A l'examen, la jambe gauche a une circonférence au niveau du mollet de 2,5 cm supérieure à celle de la jambe droite.

Le pied et la jambe sont oedématisés, infiltrés.

Les téguments sont par endroits pigmentés ou le siège de petites ectasies veineuses.

Lésions d'eczéma surinfectées.

Le coeur est normal ; la T.A. est à 12-3.

Une infiltration lombaire pratiquée récemment n'avait amené aucun résultat.

Un IMPLANT est fait le 19 Janvier 1953.

=====

2) Revu le 14 Mars 1953.

Ne présente plus de douleur à la marche.

L'oedème a diminué.

Les troubles de la pigmentation se sont amendés.

L'eczéma a disparu.

Cependant la circonférence de la jambe gauche au niveau du mollet est toujours supérieure de 2,5 cm à celle de la jambe droite.

On pratique un second IMPLANT.

=====

3) Revu le 9 Mai 1953.

Les effets thérapeutiques du 2° implant ont été beaucoup moins nets.

Les téguments continuent à être biens.

L'oedème est un peu moins dur, et aussi un peu moins important.

Ainsi action nette surtout du 1^{er} implant sur :

les douleurs

l'œdème

les lésions cutanées surajoutées.

L'amélioration a pu être suivie pendant 5 mois environ.

3^e observation.

(observation n°1)

Madame L... 30 ans.

Antécédents: Famille de cardiaques (coronariens).
2 enfants (7 ans, 3 ans 1/2).
Il y a 3 ans et demi double phlébite du post partum.
A suivi 3 cures à Bagnoles de l'Orne qui ont amené une amélioration sensible.

1) Vue le 23 Avril 1952.

Conserve des séquelles de ses phlébites au niveau des membres inférieurs: les jambes sont œdématisées, douloureuses à la marche, la peau est infiltrée et cyanosée.

Instabilité neurovégétative: émotivité, anxiété, mal de mer en voiture, lipothymies si foule, colère, contrariété.

Pas de syndrome prémenstruel.

Scopie: petit cœur, rien d'autre à signaler.

On pratique un IMPLANT.

2) Revue le 27 Juillet 1953.

Les effets du 1^{er} implant n'ont pas été notés. Mais avait du se sentir mieux, car consulte parce qu'elle recommence à souffrir.

A eu récemment une éruption sur les jambes qu'elle a traité par Bénerva fortissima et allerga.

Examen: présente des lésions eczémateuses plus ou moins suintantes, plus ou moins surinfectées au niveau des pieds et des chevilles.

Le cœur est normal. La T.A. est à 12-8.

On pratique un second IMPLANT le 13 Avril 1953.

=====

3) Revue le 1^{er} Septembre 1953.

Malgré l'élimination presque totale de l'implant dans les jours qui ont suivi l'implantation, les résultats thérapeutiques ont été particulièrement nets.

La marche est redevenue facile, non douloureuse. La dishydrose et l'eczématisation ont disparu. Les troubles de la pigmentation ont diminué.

4) Revue le 9 Novembre 1954.

Depuis un an va bien.

Mais la peau de sa jambe gauche présente une croûte mince qui menace de s'ulcérer.

On pratique un 3^e IMPLANT.

=====

5) Revue fortuitement le 1^{er} Décembre 1954.

Va très bien. Régression des troubles trophiques avec réapparition de peau saine au niveau de sa jambe gauche.

Ainsi si les résultats du 1^{er} implant n'ont pas été suffisamment suivis, les 2 autres ont amené une amélioration indiscutable de signes fonctionnels et de signes physiques, malgré l'élimination partielle du 2^e implant.

Ce phénomène d'élimination partielle ou totale, suivi malgré tout d'un effet thérapeutique net, n'ouvre-t-il pas la voie à des interprétations nouvelles du mécanisme d'action de l'histothérapie ?... Cette question sera reprise plus longuement dans un chapitre ultérieur.

- Chapitre VII -

Syndromes cochléo-vestibulaires.

Généralités.

Dans ce chapitre ont été groupées 8 observations.

Les malades présentaient des troubles divers:

4 avaient de grandes crises vertigineuses paroxystiques avec vomissements du type Ménière.

2 présentaient une impression d'instabilité à certains mouvements, avec troubles de l'audition (hypoacousie, bourdonnements d'oreille)

2 ne présentaient que des troubles de l'audition (hypoacousie, bourdonnements).

La plupart de ces malades présentaient ce symptôme d'une façon intermittente, ou présentaient sur un fond pathologique des poussées évolutives. C'est dire la difficulté à laquelle on se heurte pour interpréter les résultats de la thérapie tissulaire.

Aussi nous bornerons nous à citer les faits tirés des observations en laissant au lecteur la possibilité d'en tirer lui-même les conclusions.

Les résultats.

- 1) 8 personnes, avons nous dit, furent traitées par les implants. Leur âge variait entre 50 et 80 ans. 6 étaient du sexe féminin, 2 étaient du sexe masculin. 6 sujets présentèrent une amélioration de leurs troubles après les implantations.

Parmi ceux-ci

- 1 ayant reçu 5 implants est resté depuis 3 ans jusqu'à ce jour sans vertige.
- 2 présentèrent une cessation complète des troubles pendant plus d'un an.
- 1 malade n'eut qu'une amélioration de l'état général.
- 1 résultat est ininterprétable(sujet non revu).

2) 18 implants furent faits.

13 furent suivis d'une amélioration des troubles.

Cette amélioration pouvant être totale amenant la disparition de tous les symptômes.

Ou partielle ne portant que sur une partie de signes fonctionnels ou en diminuant leurs manifestations.

1 n'amena aucune amélioration.

4 résultats restent ininterprétables.

Quelques observations.

Voici 3 observations:

- la première est intéressante par la persistance de la disparition des troubles vertigineux(à l'heure actuelle absence de rechute depuis plus de 3 ans.
- la seconde qui malheureusement manque de recul, illustre, si elle n'est pas un effet du hasard, la rapidité de l'amélioration par l'hystothérapie
- la troisième montre la répétition de l'effet heureux de l'implant au moment des rechutes.

1 observation.

(observation n°2)

Monsieur A... 64 ans.

Etait traité depuis plusieurs années par un confrère pour syndrome de Menière par nicyl, sels d'ammonium

A eu déjà un IMPLANT qui aurait amené un très résultat. =====

Ne fume pas, ne boit pas.

Vu le 11 Aout 1951.

N'a plus de grandes crises vertigineuses.
A seulement une impression d'instabilité quand
il tourne brusquement la tête.

Examen: avait un syndrome labyrinthique droit
complet qui n'existe plus à l'heure actuelle.
Nystagmus au regard latéral.
Très légère déviation à la marche aveugle.
Réflexes tendineux normaux. Romberg sensibilisé
positif.
Coeur normal. T.A.16-10.
On pratique un IMPLANT.

=====

Revu le 26 Octobre 1951.

- L'implant a amené une amélioration nette. Le
malade n'a plus d'impression d'instabilité même
lorsqu'il "marche à l'air".
Conserve une sensation vague de casque.
- La marche aveugle est normale. Pas de Romberg.
Pas de dysmétrie. Les réflexes tendineux sont
normaux. La T.A. est à 16-9.
On prescrit pour la forme nautamine et iodulane.

Revu le 20 Décembre 1951.

Depuis son retour de France a la tête lourde,
se plaint d'une sensation de casque. N'a pas de
vertige. N'a pas d'instabilité.
A maigri beaucoup. La marche aveugle est normale,
le coeur est normal. La T.A. est à 16-9.
On pratique un IMPLANT.

=====

Revu le 21 Fevrier 1952.

Les résultats thérapeutiques de l'implant sont
fort incertains. Tête lourde. Bouffées congestives
au visage. Trous dans la mémoire.
T.A.: 15,5-9,
Mis sous testoviron, bellergal.

Revu le 8 Décembre 1952.

- Va bien. Pas de vertige. Mais céphalées occipitales en casque apparaissant aux contrariétés. Très nerveux.
- Le coeur présente de nombreuses extrasystoles. La T.A. est à 12,5-6,5. Le foie est normal. Pas de Romberg. Marche aveugle normale. A la scopie: petit coeur avec aorte très déroulée un peu large. Un ECG est fait: nombreuses extrasystoles auriculaires.

Revu le 20 Janvier 1953.

Se plaint de céphalées et d'hypoacousie qui va en augmentant.
Coeur avec rares extrasystoles. Abdomen normal.
Scopie: rien à signaler.
On pratique un IMPLANT.

=====

Revu le 17 Avril 1953.

Va bien. Sa dureté d'oreilles n'a pas augmenté, a même légèrement regressé.
A grossi de 9 Kgs. T.A.: 15-9.
Rien d'anormal à signaler pour le reste.
Le malade va faire une cure à Vittel qui l'améliorera grandement au point de vue général.

Revu le 30 Novembre 1953.

- Entend bien. Aucun vertige. Aucune instabilité A une activité professionnelle normale. Reste un peu dépressible.
- Coeur avec extrasystoles. T.A.: 16-10. Scopie: coeur normal; aorte un peu déroulée. Mis sous iodulane.

Revu le 17 Mai 1954.

- Depuis quelques jours recommence à mal entendre. Signale quelques impressions vertigineuses aux brusques changements de position de la tête. Bon état général.
- Coeur/ rares extrasystoles. T.A.: 14-8,5. On pratique un IMPLANT.

=====

Revu le 17 Septembre 1954.

Ne vient plus consulter pour des troubles d'origine cochléo-vestibulaires qui ont disparu.

En villégiature à Oulmes a présenté il y a quelques jours des phénomènes dyspnéiques à l'effort et au repos assez marqués.

La T.A. est montée à 19. Le malade est fatigué.

L'examen ne révèle rien de bien caractéristique.

Le coeur est normal avec quelques extrasystoles.

La T.A. est redescendue à 15,5-9.

A la scopie: ITN.

Traité par sarpagan.

Ainsi ce malade bénéficia-t-il de 5 implants.

- Le premier fait quelques temps avant sa première visite fut suivi de la disparition des grands accidents vertigineux.
- Le second fut suivi de la disparition des impressions d'instabilité aux mouvements brusques de la tête.
- Le troisième implant ne sembla pas avoir donné un résultat net.
- Le quatrième fut suivi de la disparition des phénomènes d'instabilité et d'hypoacousie.
- Le résultat du cinquième semble être du même ordre que celui du quatrième.

Ainsi la répétition des implants chez ce malade semble montrer la répétition des effets heureux de la thérapeutique.

De toute façon le malade est resté 3 ans durant sans aucun vertige.

2° observation.

(observation n°6)

Madame H... 62 ans.

Depuis plusieurs années crises vertigineuses espacées améliorées par octensanol intra-veineux.

Vue le 22 Juillet 1953.

Depuis 3 mois aggravation du syndrome.
La malade se plaint de bourdonnements d'oreilles importants, puis ceux-ci font place à une surdité bilatérale marquée. Apparition ensuite d'impressions de coups de marteau dans la tête.
Enfin ces derniers jours grands vertiges rotatoires avec nausées et vomissements. La malade s'étend puis s'endort. Les crises durent quelques heures, mais se répètent tous les 3 jours environ.

Examen:

petite surdité droite, marche normale, pas de signe de Romberg.

Pas de dysmétrie, réflexes tendineux normaux. Le coeur est normal, la T.A. à 17,5-8.

Examen de spécialiste:

le fond d'oeil est normal;

il existe une surdité de perception à droite avec inexcitabilité du labyrinthe droit.

Examen de laboratoire:

pas de parasite dans les selles;

l'urée sanguine est à 0,56,

le cholestérol sanguin à 1,72,

le B.W. est négatif.

On pratique un IMPLANT le 27 Juillet 1954.

=====

La malade revue fortuitement en Septembre ne présente absolument plus aucun trouble.

3^o observation.

(observation n°8)

Madame S... 55 ans.

Vue au début de l'année 1951.

Présentait à cette époque outre des bourdonnements d'oreilles, de grands vertiges rotatoires avec vomissements.

Ne pouvait plus se déplacer. Restait couchée au lit. Un traitement à l'octensanol l'avait cependant nettement améliorée.

Revue en Aout 1951.

Est en pleine rechute. Reste de nouveau confinée au lit .

On pratique un IMPLANT.

=====
Disparition totale des troubles dans la semaine qui suit l'implantation jusqu'en 1953.

Rechute en 1953.

Calmée par octensanol pendant 6 mois.

En Juin 1954.

Rechute: instabilité importante sans grand syndrome vertigineux net.

Mais est de nouveau confinée au lit.

Aucune action de l'octensanol.

On pratique un 2° IMPLANT.

=====
Aussitôt après les impressions vertigineuses disparaissent.

Revue pour la dernière fois en Janvier 1955.

N'a toujours plus de vertige mais présente des phénomènes de bourdonnements avec céphalées parfois.

Ainsi 2 implants furent suivis très rapidement de la disparition des phénomènes vertigineux.

- Chapitre VIII -

Autres affections traitées par l'histothérapie.

Résultats.

Sous ce chapitre ont été groupées 15 observations qui peuvent être classées ainsi.

- a) Séquelles d'hémiplégie. Troubles psycho-moteurs de la sénescence. Artériosclérose cérébrale.

8 observations.

On put observer.

- 4 améliorations dont 2 particulièrement nettes.
- 1 amélioration ne portant que sur un rhumatisme associé.
- 2 résultats nuls.
- 1 résultat ininterprétable.

- b) Troubles de l'affectivité et du caractère chez des sujets déprimés chroniques.

2 observations .

Pas de résultats probants.

- c) Crises de migraines véritables.

1 observation.

Résultats remarquables.

- d) Rhumatisme chronique.

1 observation.

Légère amélioration transitoire.

e) Asystolie.

1 observation.

Aucune amélioration.

f) Asthme.

1 observation.

Résultats remarquables.

g) 1 cas de mélanodermie localisée d'origine obscure.
(l'observation sera citée en fin de chapitre)

1 observation.

Très bon résultat.

Ainsi sur ces 15 sujets:

- 9 bénéficièrent d'une façon plus ou moins nette de l'histothérapie.
- 5 n'en tirèrent aucune amélioration.
- 1 résultat reste ininterprétable.

25 implants furent faits:

- 15 amenant une amélioration.
- 5 résultats restent inconnus.
- 5 résultats sont nuls.

Quelques observations.

Voici un cas d'artériosclérose cérébrale chez un sujet de 61 ans.

1 observation.

(observation n°12)

Monsieur C... 45 ans.

Présente depuis quelques mois des troubles de l'attention, de l'inertie psychique, des phénomènes d'éclipses cérébrales, des troubles de la mémoire. A fait d'autre part deux crises de délire aigu avec agitation furieuse. Réclame son placenta dès qu'il sent rechute. A signaler des crises d'angor pectoris et à l'auscultation du coeur un souffle de rétrécissement aortique calcifié.

Hypertendu depuis longtemps déjà.
On a pratiqué chez lui 3 IMPLANTS.

=====

Après chaque implant pendant 2 ou 3 mois, importante revigoration, disparition des éclipses, retour de la mémoire et reprise d'une certaine activité sociale.

2° observation.

(observation n°5)

Un cas de migraines aux résultats excellents.

Monsieur G... 45 ans.

Présente depuis plusieurs années des migraines à type d'hémicranie avec scotome scintillant, photophobie, vomissements.

Recrudescence à son retour de captivité en Allemagne.

Une cholecystectomie, des cures à Vichy n'ont amené aucun résultat.

A eu de l'asthme étant enfant. Famille de migraineux.

Vu le 16 Mars 1953.

Ses crises de migraine persistent toujours. Il ne se passe pas de semaines sans qu'il ait une ou plusieurs crises. Le surmenage, les veilles, les contrariétés amènent une recrudescence de celles-ci. Le gynergène en piqûres le soulage.

Un traitement de fond aux antihistaminiques de synthèse, à l'octensanol n'ont pas amené d'amélioration sensible.

- Le coeur est normal. La T.A. est à 21-13.

Foie, abdomen normaux.

A la scopie, l'image cardiaque est normale avec une aorte déroulée.

- Une radio du crâne, un examen des sinus ne révèlent rien d'anormal. Le fond d'oeil est normal.

- On pratique un IMPLANT le 23 Avril 1953.

=====

Revu le 25 Août 1953.

L'amélioration ne s'est faite sentir que deux mois après l'implant. A passé un très bon mois de Juillet et un très bon mois d'Août. (En 2 mois n'a eu que 3 crises).
Le coeur est normal. La T.A. est à 18-12.
On pratique un second IMPLANT.
=====

Revu le 1^{er} Décembre 1953.

L'amélioration a été encore plus nette. Le malade ne présente qu'une toute petite crise avortée une fois par mois environ.
Le coeur est normal. La T.A. est à 19-13.
Un fond d'oeil pratiqué montre des artères contractées avec par endroits de petits exsudats, pupille droite très pâle. (Ces signes étaient une manifestation d'ergotisme).
Un dosage d'urée sanguine est demandé.

Revu le 22 Janvier 1954.

L'amélioration persiste. (Une migraine toutes les 3 semaines). Se plaint de douleurs occipitales (?).
A l'examen ; coeur normal. La T.A. est à 20-13.
Douleurs au niveau des 2^o et 3^o vertèbres cervicales.
Non revu depuis cette date.

Ainsi il semble que les 2 implantations successives aient eu un résultat excellent avec un effet de renforcement notable.

3^o observation.

(observation n^o3).

Cette observation est certainement intéressante par le caractère assez exceptionnel de la mélanodermie localisée au visage et au cou, présentée par cette malade.

Madame M... 39 ans.

Vue le 5 Mars 1953.

Opérée il y a 8 ans d'appendicite aiguë abcédée.
Au cours même de l'intervention apparition d'une pigmentation brou de noix, puis noire au visage s'étendant dans les heures qui suivent au cou.
Exagération de la pigmentation dans les jours suivants avec troubles de la peau qui devient sèche.
Depuis cette date continue à présenter cette pigmentation qui s'accuse aux émotions, aux contrariétés, aux veilles.
Pas d'asthénie associée, pas de fatigabilité. Pas de modification des muqueuses.
Mais profond retentissement psychique: une véritable psychose obsessionnelle existe.
Règlée normalement. Aurait un fibrome.(?)
A remarqué une certaine atrophie mammaire depuis quelques années.
A subi plusieurs traitements : de la radiothérapie hypophysaire et surrénale a amené une légère aggravation. De même après une cure à Ifrane nette aggravation. Le traitement polyvitaminé, des tubages, le syncortyl n'ont donné aucun résultat.

A l'examen: on note uniquement l'existence d'une pigmentation noire très intense de la face et du cou, se perdant insensiblement sur la base du cou (cette couleur peut-être comparée à la couleur naturelle des téguments d'une originaire du Moyen Congo).
Aucune pigmentation des muqueuses et des cicatrices.

Le coeur est normal.
La T.A. est à 11-7.
Le poids corporel est de 45 kgs.

On pratique un IMPLANT le 2 Mai 1953.

=====

Les résultats ont été remarquables. En quelques semaines la pigmentation a complètement disparu. A l'heure actuelle cette femme a retrouvé une couleur de peau parfaitement normale.

4° observation.

(observation n°15).

Ce cas d'asthme a été remarquablement amélioré par l'histothérapie. Malheureusement le recul manque pour pouvoir avoir une idée de la durée de l'amélioration.

Madame S... (âge non cité).

Traitée depuis plusieurs années pour des crises d'asthme.

Se porte bien en France, mais dès qu'elle revient à Casablanca réapparition de crises de dyspnée survenant tous les soirs et empêchant le sommeil.

D'autre part coryza spasmodique, oedème de Quinke, parfois accidents d'oedème de la glotte.

Pour parer à de tels inconvénients, est obligée de se rendre régulièrement à Marrakech où là tout se tasse.

Vue en Novembre 1954. (Quelques heures avant son départ pour Marrakech).

On la dissuade avec peine de partir et on pratique un IMPLANT en lui recommandant bien de rester à

=====

Casablanca pour pouvoir juger du résultat.

Le soir même de l'implant poussée fébrile à 39°, avec exacerbaton des crises pendant 8 jours.

Depuis cette date disparition totale des accidents allergiques: plus de coryza spasmodique, plus d'oedème de Quinke, plus de crise asthmatique.

Revue en Fevrier 1955.

La malade se porte parfaitement bien.

- Chapitre 1X -

Considérations sur le mode d'action thérapeutique des implants.

Ainsi par l'implantation de placentas serions nous à même de fournir à l'organisme des substances biostimulantes élaborées par des tissus vivants soumis pendant un certain temps à une agression donnée.

Ceci est le principe fondamental de la théorie de Filatov.

1) Par lui on comprend aisément

- a) le soin apporté par certains expérimentateurs ou certains laboratoires à multiplier les placentas dans chaque implant; certains placentas ayant un potentiel biostimulant plus faible que d'autres.
- b) l'indication qu'il y a à répéter les implants.
A chaque nouvel implant serait fourni à l'organisme une quantité nouvelle de stimulines biogènes.
De nombreux auteurs préconisent actuellement la répétition des implantations toutes les 3 semaines environ à concurrence de 5 ou 6 implants.
Pour eux devrait s'observer un effet de renforcement de l'action thérapeutique suivant ce mode d'administration.

2) Mais comment expliquer

- a) les effets d'épuisement
la répétition des implants n'amène ni une augmentation de l'amélioration, ni une répétition de celle-ci; au contraire elle est suivie d'un effet thérapeutique de plus en plus faible, voire nul.
- b) les effets thérapeutiques nets malgré l'élimination quasi totale de l'implant.
Plusieurs observations en servent d'exemple .
Grosse réaction locale, élimination de l'implant dans les jours qui suivent, mais amélioration indiscutable, souvent même remarquable, de l'état pathologique.
- c) l'inactivité des extraits et des poudres.
Ne pourrait-on pas considérer alors à côté de l'apport en substances biostimulantes des implants, l'existence d'un phénomène de mise en action des moyens de défense de l'organisme déclenché par l'implant lui-même faisant oeuvre de corps étranger et pouvant être comparé par son pouvoir de stimulation des défenses de l'économie ,à l'absence de fixation par exemple.

Ainsi peut-être y aurait-il non pas 1 mais 2 facteurs à considérer.

- En premier lieu, l'implant source de stimulines biogènes.
- En second lieu, l'organisme qui au contact de l'implant mettrait en oeuvre tout son potentiel défensif.

Mais ceci dépasse le cadre de l'observation et de l'expérimentation et doit rester du domaine des hypothèses.

- Chapitre X -

Conclusions.

- L'implant placentaire est proposé depuis 1953 dans des maladies très diverses.
- Pour juger de la méthode, il est indispensable d'utiliser exclusivement des implants et de ne l'associer à aucune autre thérapeutique.
- La présente statistique répond à ces desiderata.
- L'implantation peut être faite avec une seringue spéciale et n'est pas plus compliquée qu'une piqure sous-cutanée.
- Des réactions locales sont fréquentes. Des réactions locales et générales peuvent se voir. Elles ne sont jamais graves et il n'existe aucune contreindication.

- La méthode a été utilisée:

1°) dans les artérites.

Sur 28 observations, 18 malades bénéficièrent du traitement.

42 implants furent faits; 31 furent suivis d'un résultat heureux.

L'amélioration porta sur:

- les manifestations fonctionnelles.

20 implants agirent sur la claudication intermittente.

12 implants agirent sur les douleurs.

Toutes les observations où existaient des troubles trophiques associés au syndrome bénéficièrent du traitement.

- l'indice oscillométrique.

Sur 25 implants, 19 amenèrent une amélioration de l'I.O. ;

sur 14 sujets où l'I.O. fut suivi, tous présentèrent une modification positive dont 6 d'au moins 2 divisions.

La durée d'amélioration moyenne:

après chaque implant pourrait être évaluée à 1 an.

Pour chaque individu traité: difficile à déterminer, on peut dire cependant que 11 malades sur 18 eurent une amélioration tangible de 1 an ou plus.

La répétition des implants permet de discuter la notion de renforcement ou d'épuisement de l'effet thérapeutique.

2°) dans les angines de poitrine.

Les résultats heureux se firent sentir surtout chez des malades présentant en outre un syndrome d'artérite oblitérante des membres inférieurs.

11 personnes furent traitées, 7 furent améliorées nettement.

18 implants furent faits, 11 avec heureux résultat.

3°) dans les affections veineuses.

Sur 6 personnes traitées, 5 bénéficièrent du traitement.

Sur 11 implants, 8 furent suivis d'un résultat heureux.

4°) dans les syndromes cochléo-vestibulaires.

8 personnes furent traitées, 6 furent améliorées.

18 implants furent faits, 13 furent suivis d'un résultat heureux.

5°) dans diverses affections (séquelles neurologiques, troubles psychiques, asthme, mélanodermie, rhumatisme).

Sur 15 sujets traités, 9 bénéficièrent de la méthode.

25 implants furent faits, 15 amenèrent une amélioration.

En résumant, sur 68 observations, 45 bénéficièrent de l'histothérapie, soit 66%.

Sur 114 implants, 77 furent suivis d'un résultat heureux, soit 68%.

Le mécanisme d'action est encore inconnu. Les stimulines biogènes n'ont jamais pu être extraites. Les extraits sont inefficaces et on peut se demander s'il ne s'agit pas d'un effet non spécifique analogue à celui d'un vésicatoire ou d'un abcès de fixation.

- BIBLIOGRAPHIE -

- ALLUCHON C. - Les conditions de formation des sticulines biogènes (ANNALES D'HISTOTHERAPIE, n°6, Février 1951 pp. 89-97).
- ARIANOFF A.- Considération sur la Thérapeutique Tissulaire (LE SCALPEL. Bruxelles .9/11/1952).
- ARMAND P., COUADAU E. - Effet spectaculaire d'une greffe de placenta dans un cas d'asthme rebelle (Cahiers Médicaux de l'Union Française. Alger. 5, 38. Mars 1950. pp. 195-197).
- ARON E. - Recherches expérimentales et cliniques sur la T.T. (Ouest-Médical, n°22 - 15/11/1952).
- ATHARSKAIA A.A. - Efficacité de la Thérapie Tissulaire dans les affections O.R.L. (Oto-rhinolaryngologie. Moscou. 1952 N° 1) .
- BAKHAL . , VERKOV . - La méthode de Filatov dans gangrènes par artérite. (Le Médecin Français. 10 Mars 1950).
- BARDELLI P. - Le choix de l'implant en Tissuthérapie (Communication à la Société d'Ophthalmologie de l'Est 25/5/1952 A. in AN. d'His. n°12. Octobre 1952).
- BARON F. et MOREAU-GOUY. - La Thérapeutique Tissulaire en Otologie (Gazette Médicale de France. O.R.L. Tome 58 n°2 Janvier 1951).
- BARRAQUER MONER. José I. - Térapeutica Tisular de Filatov (Arch. Soc. Oft. H.A. 8. Mai 1948. pp; 448-558).
- BARRAQUER MONER. - Un nuevo Metodo terapeutica : la histioterapia de Filatov; (Medicamenta. 10/12/1948. n°156. p. 221).
- BARRAQUER MONER. - Primeras impresiones sobre algunos aspectos de la nueva terapeutica tisular de Filatov (Arch. Oft. H.A. Aout 1949. p. 661. An. J. Ophtal. Mars 1950. 1ère partie p. 493).
- BARRY J. - La T.T. dans le traitement des plaies de jambes (Sté. Française de Phlébologie 25/2/50).
- BARRY J. - Cinq cents implantations pour plaies de jambe (Communication à la Société Française de Phlébologie 15/12/51).

- BENMUSSA S. , VALENSI G. , NAHUM A. , BOUJENAH J. - Traitement de l'asthme par les implants d'amnios (14 cas). (Communication à la Sté.Médicale des Hopitaux de Paris. 13/3/53, in Bulletins de la Société n°11-12. 1953).
- BERNARD Y. - Traitement des plaies atones de jambe par implants placentaires (Thèse de Lyon 1950).
- BICKENBACH ? WERNER. - La physiologie du Placenta.
- BILHAUD H. - La T.T. en O.R.L. (Thèse de Paris 1951. Annales d'HISTOTHERAPIE n°7. Avril 1951. p.102).
- de BOISLAMBERT P. - L'Histothérapie dans les affections veineuses superficielles (Ann. d' Hist. n°16. 1953).
- BRUNETTI - L'Histothérapie en O.R.L. (Annales d'Histothérapie n°7. Avril 1951).
- BRUSCHERA. - Applications Médico-chirurgicales de la méthode de Filatov (Thèse de Paris. Juillet 1952. n°781. in An. d'Hist.n°12. Octobre 1952).
- CHIAPPONI L. - Ulcères variqueux. Résultats éloignés de la T.T. (Annales d'Histotherapie n°11. Juillet 1952).
- COPPEZ L. , ZANNEN J., MEUNIER A. - Nos impressions sur les implantations placentaires (Bull. Soc. Belge d'Oph. n°95. 1950. P. 409).
- CORDARO M. - La thérapie tissulaire en pathologie interne (Minerva Medica. Vol.1. n°8. Février 1951. An. d'Hist. n°8. Juin 1951).
- CORDARO M. - La Terapia Tissulare (1 Vol. Edit.Minerva Medica. Turin 1951).
- GOUADEAU, GAMELIN, GOIRAULT. - La méthode de Filatov dans l'asthme. (Sté Médicale des Hopitaux de Lyon. 3/7/1950).
- GOUADEAU, GAMELIN, GOIRAULT. - Amélioration d'un asthme rebelle par une greffe de placenta (méthode de Filatov) à l'occasion d'une indication ophtalmologique (Lyon Médical 183. 15/10/1950. pp.241-244).
- COUNIOT, ANNOUN. - La Thérapie tissulaire dans les artérites (Communication à la Sté Médicale d'Oranie , in An. d' Hist. n°6. II. 1951).

- ENSELME - Recherche d'un test d'activité des biostimulines (travail de Laboratoire de Pharmacie à la Faculté de Lyon cité par GATE et VACHON. La Thérapie Tissulaire p. 140).
- FICHEUX J.M., GOSSE L.- Essai de traitement de rhumatisme par implantation d'amnios (Ann. d'Hist. n° 10. Avril 1952).
- FILATOV V.P.- La greffe de la cornée et la Thérapeutique Tissulaire (Moscou 1945).
- FILATOV V.P.- De la Thérapie Tissulaire d'après Filatov (Oft. Journal 1-5. 21-31-1946. in R.G. Oph. 1948 p. 348).
- FILATOV V.P.- Instructions pour la préparation et l'application des stimulateurs biogènes selon la méthode de l'Académicien Filatov. (Ministère de la Santé Publique. Odessa 1946).
- FILATOV V.P.- La Thérapeutique Tissulaire par les stimulateurs biogènes (Médecine et Hygiène. n° 3. I-XII 1947).
- FILATOV V.P.- Les bases de la Tkanothérapie : traitement par les stimulateurs biogènes (Sovietskaia Meditsina. n° 8. Année 1947. "Ars Medici" Vol. III. 15, An. 1948. p. 1).
- FILATOV V.P.- Thérapeutique Tissulaire, traitement par les stimulines biogènes (Gazette des Hôpitaux. 10-12 49. p. 293).
- FILATOV V.P.- La Thérapeutique Tissulaire (Médecine clinique Tome 28. n° 1. 1950. pp. 22-27).
- FILATOV V.P.- La Thérapeutique Tissulaire (Le Médecin Français Janvier 1951).
- FILATOV V.P.- La Thérapie Tissulaire (1° Volume. Moscou 1952).
- FOUCQUIER E.- Le traitement tissulaire de Filatov (Synthèse de Séléciologie et Thérapeutique. Tome III. n° 10. Mai-Juin 1949. p. 546).
- GAILLOURDET C.- Contribution à l'étude de la T.T. (Thèse Paris 1952).
- GALIKOWSKI.- La Méthode de Filatov dans les plaies atones (Journal de Chirurgie. Moscou 1946).

- GARDENGHI G.- Thérapie Tissulaire à la Filatov dans quelques cas d'ulcères de jambe (Sté Ital. de Derm. filiale Toscane-Ombrie, Florence, Mai 1950).
- GATE et VACHON.- La thérapeutique dans les plaies atones (Bull. Acad. de Médecine. Séance du 8/XI/1949. T. 133. n° 33 et 34. pp. 633 à 636).
- GATE, VACHON, COTTE.- Action des greffes placentaires sur les plaies de jambe (Presse Médicale. 18 Mars 1950).
- GATE, VACHON.- La Thérapeutique Tissulaire (1 Volume 144 pages MASSON, Editeur, 1951).
- GOSSE L. (en collaboration avec ISELIN M.) - L'histothérapie dans les artérites oblitérantes (Riunoni medico-chirurgiche internazionale. S. angio-cardio-chirurgia. 30 Mai 1 Juin 1951. Turin).
- GOSSE L., de BOISLAMBERT P., ORGEVAL C.- L'histothérapie dans les artérites oblitérantes (Les Annales d'Histothérapie n° 8 Juin 1951. p. 133).
- GOSSE L.- Essai de traitement de l'asthme par l'histothérapie (Les Annales d'Histothérapie. n° 14. 1953).
- GOUGEROT.- La Thérapie Tissulaire dans les plaies atones. (Con. à l'Ac. de Médecine. 8-XII. 1949).
- GROUNDAREV- Deux cas de gangrène spontanée traitée par T.T. Chirurgie. Moscou. n° 9. Sept.1949. in Médecin Français. 10-3-1950).
- GRANCINI L.E.- Placenta frais ou placenta Filatov ? Etude expérimentale (Les An. d'Hist. Avril 1950. p. 1).
- GUILLON - La Tissuthérapie dans le traitement des surdités (Concours Médical. n° 2. 10/I/1953).
- GUINCHARD - Essais d'Histothérapie (Ann. d'Hist. n° 11. VII. 1952).
- HARVIER, PERRAULT H.- Traitement Tissulaire de Filatov. (Paris Médical. 25-XII-1948).
- KOULIKOVA Z.V.- Pharmacodynamie des fragments tissulaires conservés selon la méthode de Filatov (Klinitcheskaja. Meditzina. n° 10. 1951).
- LAIGNIER - La Tissuthérapie de Filatov (Revoir. n° 1. Avril 1950).

- LALLEMANT M., TOMATIS, BILHAUD.- Quelques essais d'implants placentaires en O.R.L. (Communication à la Sté de Laryngologie des Hôp. de Paris. 19-11-51. An. d'Hist. n° 7 Avril 51).
- LANGERON, LIEFOOGHE J.- Le Praticien devant la thérapeutique tissulaire (Médecine et Hygiène. 15-IV-52. in An. d'Hist. n° 11 VII. 1952).
- LANGERON, LIEFOOGHE, ROHART.- La T.T. de Filatov en Médecine générale. (Journal des Sciences Médicales de Lille. n° 16. in An. d'Hist. n° 9. Janvier 1952. p.159).
- LAUGIER - Essai de traitement des ulcères de jambe par greffe de placenta (Sté Fr. Derm. Syph. Réunion de Strasbourg. 20-XI-1949).
- LAUSSEURE M.- Essai de bilan en thérapie tissulaire (Annales d'Histothérapie n° 8. Juin 1951).
- LAUSSEURE M.- La Thérapie Tissulaire de Filatov (Le Guide du Praticien. Vol. IV. n° 6. Juin 1953. pp. 8-12).
- LEVENT R.- A propos de la thérapeutique tissulaire (Gazette des Hôpitaux n° 10-11. 15 Mars 1952).
- LIEUX, MASSON, MICHALET - Deux cas de vertiges de Ménière guéris par implantation d'annios (Ann. d'Hist. n° 10 Avril 1952. p. 197).
- MANTZ, LECOROLLER.- Les greffes de placenta dans les ulcères de jambe (Sté Fr. Derm. et Syph. Strasbourg. 20-XI-1949. Presse Médicale. 11 Mars 1950. p. 255).
- MARTIN A., GAILLARD J.- La Tissuthérapie en O.R.L. (Journal de Médecine de Lyon. 20 Sept. 1952. n° 785).
- MERCIER A.- La Thérapeutique Tissulaire (Ouest-Médical. 3ème Année. n° 4. 25 Février 1950).
- MEYER J.J., KANITAKIS - La Thérapeutique Tissulaire dans les ulcères de jambe (Comm. à la Sté Derm. de Paris. 10 Mars 1949. in Ann. d'Hist. Déc. 1949 n° 4).
- MOREAU - La Thérapeutique Placentaire dans les bourdonnements d'oreille (Thèse de Paris 1950. in Ann. d'Hist. n° 7 Avril 1951. p. 111).
- PATIN A.- Histothérapie. Mise au point technique et résultats pratiques dans le traitement de diverses Maladies, spécialement les affections vasculaires (Thèse de Paris 1951).

- PICCOLI B., PISCITELLI L.- Nos premiers résultats obtenus par la thérapie tissulaire (Communication à la Sté Médico-Chirurgicale de Salerne. Juin 1951).
- PLICHET, AVAKIAN - Le traitement tissulaire (La Presse Médicale. 18/ 10/ 1947).
- PLICHET, AVAKIAN - Discussion de la thérapie tissulaire de Filatov, avec description de la technique (Presse Médicale 55. pp. 696-698. 1947).
- RAVINA A.- La thérapeutique tissulaire (L'année thérapeutique. 1950. 1 Vol. 165 pages. MASSON Editeur).
- ROSA ALLYOT -La Thérapie par les biostimulines de Filatov. (L'Union Médicale du Canada. Montréal n° 81. Janvier 1952).
- SORIA M. - La terapeutica di Filatov (Actas-Inst. Medico-Farmacoutivo vol. I. 1951. p. 12).
- SOURDILLE - Indication et contre-indication particulière de la thérapeutique tissulaire (B.S.O.F. mars 1949. pp. 550-551).
- TALLI A.- Contribution à l'étude de la thérapie tissulaire (Thèse de Montpellier. Octobre 1953).
- TOLSTOI S.- Données expérimentales de la Méthode de Filatov ("Société de Médecine de Paris". Séance du 23/V/ 1952).
- ZEIDMAN - La thérapie tissulaire de Filatov (Semaine des Hôpitaux n° 10. 6 Nov. 1951).
-

Vu: Le Président de Thèse: Vu: Le Doyen de la Faculté:
Monsieur le Professeur MOUQUIN. Monsieur le Professeur L. BINET.

Vu et permis d'imprimer:
Le Recteur de l'Académie de Paris:

J. SARRAILH.

